

Reconhecimento precoce da criança que piora — escores de alerta (PEWS), time de resposta rápida e quando chamar a UTI

Sinais precoces de deterioração, escores de alerta pediátricos e suas limitações, time de resposta rápida, SBAR e critérios de admissão em UTI pediátrica, segundo SBP 2019, ILCOR, NHS England 2023, NICE 2025, CFM 2016 e MS 2023

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Na criança, a parada cardíaca costuma ser o fim de uma **insuficiência respiratória ou de um choque** que vinham se anunciando; por isso a SBP põs a **prevenção** como primeiro elo da cadeia de sobrevivência e recomenda, no hospital, **sistemas de identificação de risco** ligados a um **time de resposta rápida (TRR)** (SBP, Programa de Reanimação Pediátrica, 2019). Sinais precoces: **taquicardia e taquipneia sem explicação**, esforço respiratório crescente, **SpO2 em queda ou mais oxigênio para a mesma saturação, tempo de enchimento capilar (TEC) > 2 s**, extremidades frias, **mudança de comportamento e diurese reduzida; bradicardia, bradipneia e hipotensão são tardias**. Escores de alerta (PEWS) mostram a tendência, mas **não substituem o julgamento clínico**, e a **preocupação da família ou da enfermagem é gatilho por si só**. No consultório não se usa PEWS: valem o triângulo de avaliação, os sinais vitais por idade e a oximetria. **Sinais precoces sem gravidade (🟡): reavaliação próxima ou observação em serviço. Qualquer sinal de gravidade (🔴): estabilizar, oxigênio para SpO2 94–98%, SAMU 192 e contato direto com o serviço**, passando o caso pelo SBAR. Casa só para a criança estável, com sinais de alerta por escrito.

1. O que é e como se apresenta

Deterioração clínica é a piora fisiológica aguda que, sem reconhecimento, evolui para insuficiência respiratória, choque, coma ou parada. A criança **compensa** por horas (taquicardia, taquipneia, vasoconstrição) e **descompensa** de forma abrupta; muitos eventos graves em enfermaria são precedidos de sinais vitais alterados que não foram escalados (ILCOR; EPOCH, JAMA 2018).

Sinais precoces — compare com a tabela de sinais vitais da idade ("Classificação de risco em pediatria"; PALS do site):

- **Respiração:** taquipneia, batimento de asa do nariz, retrações, SpO2 em queda ou **oxigênio crescente**.
- **Circulação:** **taquicardia persistente** com febre e dor controladas, TEC > 2 s (AIDPI 2017), extremidades frias, pele moteada, pulsos finos, **oligúria**.
- **Comportamento:** irritabilidade, choro fraco, sonolência, recusa alimentar; no **AVDN**, passar de **A para V** já é alerta (PEWS nacional do NHS England, 2023).
- **Preocupação de quem conhece a criança:** pais que dizem "ela está diferente", enfermagem que acha que "algo não está certo" mesmo com escore baixo (NICE NG254, 2025; NHS England, 2023).

Sinais tardios (pré-parada): bradipneia, respiração irregular ou apneia, esforço que **diminui sem melhora** (cansaço), **bradicardia**, hipotensão, cianose, AVDN em D ou N. **A hipotensão é tardia:** quando aparece, o choque já é descompensado.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Triângulo de avaliação normal; sinais vitais na faixa da idade (ou explicados por febre e dor, normalizando após o controle); SpO2 ≥ 95% em ar ambiente; TEC ≤ 2 s; comportamento habitual; família tranquila e com acesso ao serviço	Tratar a causa em casa; sinais de alerta por escrito e retorno programado
● Moderada	Sinais precoces sem sinal de gravidade: taquicardia ou taquipneia que persistem com a febre controlada; SpO2 92–94%; TEC 2–3 s; diurese reduzida; criança menos ativa; pais ou enfermagem muito preocupados ; na enfermaria, escore de alerta acima do limiar do serviço	Reavaliação próxima (24–48 h) ou observação em serviço com sinais vitais seriados; na enfermaria, avaliação médica e plano escrito ; sem melhora ou piora → ●
● Grave	Desconforto respiratório grave, gemência, cansaço, bradipneia ou apneia; SpO2 < 92% ou oxigênio crescente; TEC > 2 s com taquicardia, extremidades frias, hipotensão; AVDN em V, D ou N ou Glasgow ≤ 14; convulsão ≥ 5 min; suspeita de sepse ; púrpura com febre; escore no nível de emergência ou piora rápida	Consultório/UBS: estabilizar, oxigênio para SpO2 94–98% , SAMU 192 e contato direto com o serviço. Hospital: acionar o TRR ou a UTI pediátrica

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Lactente pequeno (sobretudo < 3 meses), prematuro egresso; deficiência neurológica, cardiopatia, doença pulmonar crônica, traqueostomia.
- **Imunossupressão e neutropenia** (NHS England, 2023; NICE NG254).
- Alto fluxo ou ventilação não invasiva; pós-operatório; alta recente da UTI.
- Consulta repetida pelo mesmo problema; dificuldade de acesso.

3. Diagnóstico no consultório

O reconhecimento é **clínico e seriado**: vale a **tendência**, não a medida isolada.

1. **Triângulo de avaliação pediátrica** da porta.
2. **ABCDE** com FR em 1 minuto, FC, TEC, PA quando possível, temperatura, **SpO2** e **glicemia capilar** se houver alteração de consciência ou aparência toxemiada.

3. **AVDN** e, se V ou pior, **Glasgow pediátrico** ("Criança inconsciente ou rebaixada").
4. **Pergunta aos pais**: "o que mudou desde a última vez?" (gatilho no PEWS nacional inglês).
5. **Sinais gerais de perigo** da AIDPI (MS, 2017) e, na criança febril < 5 anos, o semáforo do NICE.

Exames não fazem o diagnóstico e **não atrasam o encaminhamento**; no serviço, gasometria, **lactato** e o que a causa pedir.

Não pode passar: sepse (Phoenix no hospital; no consultório, a clínica — "Sepse e choque séptico na criança"), insuficiência respiratória iminente, cetoacidose (Kussmaul tomado por "pneumonia"), hipertensão intracraniana, intoxicação, miocardite, abdome cirúrgico, lesão não accidental.

Escores de alerta pediátricos (PEWS)

Ferramentas de "**rastrear e disparar**" para crianças **internadas**: pontuam sinais vitais e achados clínicos e ligam cada faixa a uma **resposta obrigatória** (reavaliação, quem chamar, em quanto tempo).

ESCORE	COMPONENTES	USO E EVIDÊNCIA
Brighton PEWS (2005)	Comportamento, cardiovascular e respiratório (0–3 cada) + 2 pontos por nebulização nos últimos 15 min ou vômitos persistentes no pós-operatório; 0–13; alerta a partir de 3	Adaptado no Brasil (BPEWS-Br , Rev Bras Enferm 2016); base de muitos protocolos brasileiros
Bedside PEWS	7 itens (FC, PA, TEC, FR, esforço, SpO ₂ , oxigênio); 0–26	EPOCH (21 hospitais, 144.539 altas): sem redução da mortalidade; menos eventos de deterioração significativa (0,50 vs. 0,84/1.000 pacientes-dia)
PEWS nacional do NHS England (nov. 2023)	Cartas por idade (0–11 meses, 1–4, 5–12, ≥ 13 anos); sinais vitais, oxigênio, AVPU + preocupação da família, intuição da enfermagem e preocupação específica (sepse, neurológica, fator de risco)	Faixas 1–4, 5–8, 9–12 e ≥ 13 → baixo, médio, alto, emergência; escalona pelo critério mais alto , mesmo com escore baixo; comunicação pelo ISBAR
CHEWS (Boston Children's)	Escore institucional	Mais sensível e mais antecipado que o Brighton (3,8 h vs. 0,6 h antes da deterioração crítica; 2017)

Limitações:

- **Nenhum escore reduziu mortalidade**; o ILCOR sugere usá-los em crianças hospitalizadas com **recomendação fraca, evidência de baixa certeza**.
- **Escore sem resposta não funciona**: o benefício vem do **sistema** (quem é chamado, em quanto tempo, com autoridade para escalar).

- Em hospital com TRR, o PEWS das 4 h anteriores ao acionamento **não previu** a ida para a UTI (AUROC 0,50–0,61; Hosp Pediatr 2024): a equipe já acionava pela clínica.
- **Fora do hospital:** em 6.703 crianças < 5 anos na clínica geral inglesa, o PEWS nacional teve **sensibilidade de 81% e especificidade de 32,5%** para internação, com risco de **encaminhamentos excessivos** (BJGP 2025). **Por isso o site não recomenda PEWS formal no consultório.**

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz: (1) **reconhecer e nomear** a piora e **chamar ajuda cedo**; (2) **estabilizar pelo ABCDE** sem esperar diagnóstico; (3) **reavaliar após cada intervenção**, registrando sinais vitais com horário; (4) **escalar** pelo fluxo do serviço (TRR, plantonista sênior, UTI pediátrica, SAMU 192), com **SBAR**.

Da UTI pediátrica: suporte ventilatório, drogas vasoativas, monitorização invasiva e terapia renal; **admissão e alta são decisão do intensivista** (CFM nº 2.156/2016).

Estabilização inicial (detalhes nos documentos de cada condição):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Oxigênio	Para SpO2 94–98%	Contínuo	Até a transferência	Evitar hiperóxia; exceto RN e cardiopatia cianótica (padrão do site, 01/10/2026)
Cristaloide (Ringer lactato ou SF 0,9%)	10–20 mL/kg em 5–10 min	Repetir após reavaliação	Parar se sobrecarga; sem UTI e sem hipotensão, sem bolus	SSC 2026; "Sepse e choque séptico"
Glicose IV (hipoglicemia)	0,5–1 g/kg (a partir de 1 mês)	Conforme glicemia	—	Padrão do site; RN: SG 10% 2 mL/kg
Adrenalina IM 1 mg/mL (anafilaxia)	0,01 mg/kg , máx. 0,3 mg (criança) e 0,5 mg (adolescente)	Repetir em 5–15 min	—	Padrão do site
Ceftriaxona (suspeita meningocócica)	100 mg/kg IV ou IM , máx. 4 g	Dose única antes da remoção	Manutenção pelo serviço	Padrão do site (30/09/2026); MS

Não fazer: atrasar a remoção por exames; "esperar o escore subir"; desconsiderar a família que insiste que a criança está diferente; liberar após melhora transitória com nebulização ou antitérmico sem reavaliar.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Do consultório ao pronto-socorro (SAMU 192 se instável): qualquer critério  ; criança  que **não melhora ou piora**; família sem condição de observar em casa.

Da enfermaria ou do PS, discutir UTI pediátrica se houver: SpO₂ < 92% apesar de oxigênio, alto fluxo ou ventilação não invasiva conforme o protocolo local, hipercapnia com acidose, apneias, via aérea instável; choque que não responde a 40–60 mL/kg ou exige **droga vasoativa**, arritmia instável, lactato em ascensão; Glasgow ≤ 8 ou queda de 2 pontos, sinais de herniação, estado de mal refratário; cetoacidose grave, distúrbio eletrolítico ou intoxicação graves; **necessidade de monitorização contínua** pelo alto risco de intervenção imediata.

Normas brasileiras: a **Resolução CFM nº 2.156/2016** define prioridades — **1:** suporte à vida, alta chance de recuperação, sem limitação terapêutica; **2:** monitorização intensiva pelo alto risco de intervenção imediata, sem limitação; **3 e 4:** as mesmas com baixa chance de recuperação ou limitação terapêutica; **5:** terminalidade (em geral cuidados paliativos). Prioridades 2 e 4 vão de preferência à **unidade de cuidados intermediários**. A **Portaria GM/MS nº 2.862/2023** define a UTI para pacientes **críticos, graves ou de alto risco** e a **UCI pediátrica** para risco moderado, em **linha de cuidado progressivo**. A **SCCM/AAP (2019)** pede critérios escritos de admissão conforme o **nível de cada UTI** e transferência para centro maior quando a necessidade excede a capacidade.

Como encaminhar

- 1. Estabilizar sem atrasar:** ABCDE, oxigênio para SpO₂ 94–98%, acesso venoso ou intraósseo, glicemia, primeira dose do que for indicado.
- 2. SAMU 192 ou regulação e contato direto com o serviço receptor** (Portaria nº 2.048/2002; CFM nº 1.672/2003).
- 3. SBAR** ("Estabilização e transporte"):
 - **S:** nome, idade, **peso**, o problema ("estou preocupado porque...").
 - **B:** doença atual e de base, alergias, medicamentos.
 - **A:** sinais vitais seriados, SpO₂ e oxigênio em uso, glicemia, o que foi feito e a resposta; "acho que é choque" ou "não sei o que é, mas está piorando".
 - **R:** o que se pede — avaliação imediata, vaga em UTI pediátrica, suporte avançado.
- 4. Relatório assinado com CRM**, com horários de sinais vitais e medicamentos; a responsabilidade é de quem transfere **até a criança ser recebida** (CFM nº 1.672/2003).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Vocês conhecem seu filho melhor do que ninguém: se acharem que ele está diferente, voltem ou liguem, mesmo que tenhamos dito que estava bem."

- **Pronto-socorro imediatamente se houver:** respiração rápida ou com esforço, gemido, pausas na respiração; lábios roxos ou pele acinzentada ou manchada; mãos e pés frios com a febre controlada; sonolência excessiva ou dificuldade para acordar; convulsão; manchas roxas que não somem ao apertar; recusa de líquidos, vômitos de tudo ou fralda seca por muitas horas.
- "Se estiver muito mole ou respirando mal, liguem **192**."
- No hospital: "Se acharem que ele piorou, peçam avaliação: a preocupação de vocês faz parte da avaliação."

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Reconheci- mento precoce	Prevenção é o 1º elo da cadeia (Programa de Reanimação, 2019)	Sinais gerais de perigo (AID-PI, 2017)	TAP (curso PEPP da AAP)	Estratificação por sinais de risco (NG254, nov. 2025)	TEP e ABCDE (SEUP, 4ª ed., 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Escore de alerta	Sistemas de classificação de risco, sem escore definido (2019)	Sem escore nacional; Portaria nº 2.862/2023 não trata	Sem posição específica localizada	Considerar escore em qualquer cenário (NG254, 1.1.8)	Sem posição específica localizada	Hopkins PEWS institucional (2018)	CHEWS (Boston Children's, 2017)	Segue o NICE e o PEWS nacional do NHS England (2023)
Preocupação da família	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Valorizar a preocupação (NG254, 1.1.3)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Gatilho próprio no PEWS nacional (2023)
Time de resposta rápida	TRR ou equipe médica de emergência (2019)	Sem posição específica localizada	Equipe da UTI participa do TRR (SCCM/AAP 2019)	Encaminhar ao especialista em cuidados críticos (NG254)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Revisão rápida e equipe de outreach (PEWS nacional)
Admissão em UTI	Sem posição específica localizada	Cuidado progressivo UTI/UCI (Portaria nº 2.862/2023); CFM nº 2.156/2016	Critérios por nível de UTI (SCCM/AAP 2019)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem em que a piora da criança é **reconhecida pela clínica seriada** (TAP, ABCDE, sinais vitais por idade) e em que reconhecer só protege se houver **resposta organizada**. A **SBP** (2019) recomenda sistemas de classificação de risco e TRR no hospital, com base no **ILCOR**, **sem adotar escore específico**; o **MS** também não define escore. A divergência principal é de **padronização**: a Inglaterra adotou em 2023 um **PEWS nacional único**, com gatilhos de família e de intuição da enfermagem, e o **NICE** (NG254, 2025) sugere considerar escore **em qualquer cenário**, inclusive na atenção primária; Hopkins e Boston Children's usam escores institucionais, e a **SCCM/AAP** (2019) deixa a cada hospital os critérios de admissão. Como **SBP** e **MS** não escolhem escore, o site segue o **ILCOR**: escore de

alerta para **crianças internadas**, escolhido pelo hospital (o BPEWS-Br é o adaptado no Brasil) e ligado a resposta definida; **no consultório, avaliação clínica estruturada sem escore formal**; preocupação da família e da enfermagem como gatilho, como no PEWS nacional inglês; admissão pelas normas brasileiras (CFM nº 2.156/2016; Portaria GM/MS nº 2.862/2023). **Posição adotada pelo site: a da SBP**, com esses complementos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Taquicardia e taquipneia sem explicação, TEC > 2 s, oxigênio crescente e mudança de comportamento são sinais precoces; bradicardia, bradipneia e hipotensão já são pré-parada.
2. Leve a sério quem diz "ela está diferente": a preocupação da família ou da enfermagem é motivo para reavaliar e escalar, mesmo com escore baixo.
3. O PEWS é para crianças internadas e só funciona ligado a uma resposta definida; no consultório, use o triângulo de avaliação, os sinais vitais por idade e a oximetria.
4. Na dúvida, chame cedo (TRR, UTI pediátrica, SAMU 192) e passe o caso pelo SBAR, dizendo o que está pedindo.
5. Estabilize sem atrasar a remoção: oxigênio para SpO₂ 94–98%, acesso, glicemia, bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação no choque.
6. Suspeita de sepse é sempre ; o escore de Phoenix confirma no hospital, mas não serve para triagem.

Veja também, nesta Biblioteca: **Sepse e choque séptico na criança**, **O que fazer ao receber uma criança com desconforto respiratório**, **O que fazer ao receber uma criança inconsciente ou com rebaixamento do nível de consciência** e **Estabilização e transporte da criança grave do consultório ou da UBS ao hospital** (Urgências e emergências); **PALS — Suporte Avançado de Vida em Pediatria**; **Classificação de risco em pediatria** (Patologias do consultório).

8. Fontes

- SBP, Programa de Reanimação Pediátrica. Suporte Básico de Vida e a Cadeia de Sobrevivência da Criança Vítima de Parada Cardíaca, 2019. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.862, de 29/12/2023 (UTI e UCI). bvsms.saude.gov.br
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.156/2016 — admissão e alta em UTI. [PDF](#)

- Miranda JOF et al. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. Rev Bras Enferm, 2016;69(5):888-96. [PDF](#)
- NHS England. National PEWS Observation and Escalation Chart, 1–4 anos, 2023. [PDF](#)
- NICE. Suspected sepsis in under 16s (NG254), 19/11/2025. [PDF](#)
- ILCOR. Pediatric Early Warning Systems — CoSTR. costr.ilcor.org
- Parshuram CS et al. EPOCH randomized clinical trial. JAMA, 2018. jamanetwork.com
- Frankel LR et al. Criteria for Critical Care of Infants and Children: PICU Admission, Discharge, and Triage (SCCM/AAP). Pediatr Crit Care Med, 2019;20(9):847-87. [PDF](#)
- McLellan MC et al. Validation of the Children's Hospital Early Warning System (Boston Children's). J Pediatr Nurs, 2017;32:52-8. [PubMed](#)
- Canares T et al. Validation of the Hopkins Pediatric Early Warning Score, 2018. hvpaa.org
- Lee J et al. PEWS Before Rapid Response Poorly Predict ICU Transfers. Hosp Pediatr, 2024;14(11):945-51. publications.aap.org
- Clark A et al. National PEWS and LqSOFA in general practice. Br J Gen Pract, 2025;75:e98-e104. [PMC](#)
- SEUP (AEP). Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE, 4ª ed., 2024. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.