

Estabilização e transporte da criança grave do consultório ou da UBS ao hospital

Preparo do consultório e da maleta, material por peso, ABCDE, acionamento do SAMU 192 e da regulação, SBAR, documentos, quem acompanha, carro próprio e responsabilidade até a transferência, segundo MS, CFM, AAP 2026, SEUP 2024 e NICE

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

Emergências no consultório são raras: **desconforto respiratório, convulsão e reação alérgica** são as mais comuns (AAP 2026). O preparo exige **local definido, maleta conferida, doses por peso e equipe treinada** (MS, Portaria nº 2.048/2002; AAP 2026). Diante da criança grave: **ABCDE, oxigênio para SpO2 94–98%, acesso venoso** (2 tentativas em até 90 s) ou **intraósseo, glicemia capilar** e, no choque, **bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação após cada um** — sem atrasar a remoção. **Acione o SAMU 192 cedo**, passe o caso pelo **SBAR** e envie **relatório assinado com CRM**, com os horários dos medicamentos. **Criança instável não vai em carro particular**. A responsabilidade é do médico que transfere **até a criança ser recebida** pela equipe de suporte avançado ou pelo médico de destino (CFM nº 1.672/2003). Só a criança **estável** com sinal de alerta vai com os pais em carro próprio, direto ao serviço.

1. O que é e como se apresenta

Estabilizar é tratar, na ordem do **ABCDE**, o que ameaça a vida nos primeiros minutos; **transportar** é levar a criança com a equipe e a monitorização que a gravidade exige. O Ministério da Saúde atribui à UBS o **acolhimento, a avaliação e a estabilização inicial** até a transferência, com espaço abastecido e equipe que saiba onde está cada item (Portaria GM/MS nº 2.048/2002, Cap. III). A AAP (2026) pede ao consultório avaliação de prontidão revista **anualmente**, protocolos escritos (inclusive de transporte), **suporte básico de vida para toda a equipe** e simulações.

Maleta e consultório (Portaria nº 2.048/2002; AAP 2026; "Classificação de risco em pediatria"):

- **Via aérea:** oxigênio com fluxômetro, cateter nasal e máscara com reservatório; oxímetro com sensores de lactente e criança; **bolsa-válvula-máscara** pediátrica e de adulto, máscaras de vários tamanhos; cânulas orofaríngeas; aspirador com sondas.
- **Circulação:** cateteres 18 a 24, equipos, SF 0,9% e Ringer lactato, **agulha intraóssea** se a equipe é treinada (PALS do site; SAMU 192 APed 46), glicosímetro.
- **Medicamentos:** adrenalina 1 mg/mL, salbutamol spray com espaçador, corticoide oral, glicose a 25% e a 10%, midazolam ou diazepam, ceftriaxona e **naloxona** (essencial na AAP 2026).
- **Organização:** doses por peso afixadas, telefones (SAMU 192, pronto-socorro de referência, Disque-Intoxicação 0800-722-6001), checagem de validade, modelo de relatório de transferência.

No consultório sem procedimentos, a exigência legal de material de reanimação é limitada (CFM nº 2.056/2013, anexo do grupo 1 revisto pela nº 2.153/2016): a lista é **boa prática**.

Peso. O informado pela família ou pela caderneta; sem ele, **fita de Broselow** ou, de 1 a 10 anos, **(idade + 4) × 2 kg** (PALS do site; SEUP 2024). Material por faixa (MS, SAMU 192 APed1, 2016, adaptado do PALS e da fita de Broselow):

FAIXA (PESO)	BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA	CÂNULA TRAQUEAL (MM)	LÂMINA	CATETER VENOSO
RN (3–5 kg)	Neonatal	Pelo peso e idade gestacional	0–1 reta	22–24
< 1 ano (6–9 kg)	Infantil	3,5 sem cuff	1 reta	22–24
1–2 anos (10–11 kg)	Infantil	4,0 sem cuff	1 reta	20–24
3–4 anos (12–14 kg)	Infantil	4,5 sem cuff	2 reta	18–22
5–6 anos (15–18 kg)	Infantil	5,0 sem cuff	2 reta	18–22
7–8 anos (19–23 kg)	Infantil	5,5 sem cuff	2 reta ou curva	18–20
9–10 anos (24–29 kg)	Infantil	6,0 com cuff	2 reta ou curva	18–20
> 10 anos (30–36 kg)	Adulto	6,5 com cuff	3 reta ou curva	16–20

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sinal de alerta que pede avaliação no serviço, mas criança estável : alerta, via aérea pérvia, SpO ₂ ≥ 95% em ar ambiente, sinais vitais adequados, TEC ≤ 2 s, sem convulsão e sem sedativo recente	Pode ir com os pais em carro próprio , direto ao serviço, com relatório e contato prévio
● Moderada	Estável após intervenção (salbutamol, adrenalina IM, glicose, benzodiazepínico com crise cessada) ou com potencial de piora: SpO ₂ 92–94%, taquipneia ou taquicardia persistentes, desidratação moderada	Transporte com equipe : SAMU 192 e médico regulador, que define o recurso; reavaliar até a remoção
● Grave	Instável : obstrução de via aérea, apneia, SpO ₂ < 92% com oxigênio, exaustão; choque (TEC > 2 s, pulsos finos, extremidades frias, hipotensão); V, D ou N no AVDN; convulsão ≥ 5 min; anafilaxia; púrpura febril; trauma grave	ABCDE e SAMU 192 (suporte avançado, com médico); nunca carro particular

Fatores que elevam a gravidade do transporte

- Idade < 3 meses, prematuridade, cardiopatia, doença crônica complexa, traqueostomia, derivação ou cateter central.
- Oxigênio, via aérea instável, benzodiazepínico, opioide ou sedativo administrado; trajeto longo.
- Piora entre as reavaliações.

3. Diagnóstico no consultório

- **Triângulo de Avaliação Pediátrica** (aparência, trabalho respiratório, circulação cutânea, em < 30 s) e **ABCDE** com FC, FR, SpO₂, PA, TEC, pulsos, AVDN ou Glasgow, pupilas, **glicemia capilar** e temperatura (PALS do site; SEUP 2024).
- **Reavaliar após cada intervenção**: a tendência decide o transporte.
- **Exames não atrasam a remoção** (hemocultura só se não atrasar o antibiótico).

Não pode passar: obstrução de via aérea, anafilaxia, hipoglicemia, choque compensado (a hipotensão é tardia), púrpura febril, estado de mal, intoxicação, trauma não acidental.

4. Tratamento e seguimento

Estabilização (PALS do site; MS, SAMU 192 APed2; SEUP 2024):

1. **Acionar o SAMU 192 ao reconhecer o** , não ao fim da estabilização: um liga, os outros tratam.
2. **A**: posição de conforto (no colo dos pais no desconforto respiratório), abertura manual, aspiração, cânula orofaríngea no inconsciente; corpo estranho: "Afogamento e obstrução de via aérea por corpo estranho".
3. **B**: **oxigênio para SpO₂ 94–98%**; bolsa-válvula-máscara na apneia, bradipneia ou exaustão, com volume que só eleve o tórax, sem hiperventilar (MS, APed2).
4. **C**: acesso periférico em **até 2 tentativas em 90 s**; falhou no instável, **intraósseo**. No choque, **bolus de 10–20 mL/kg** de cristalóide, **reavaliando após cada um** e parando se houver sobrecarga (hepatomegalia, estertores); 10 mL/kg na cardiopatia e no RN; **sem UTI e sem hipotensão, sem bolus** ("Sepse e choque séptico na criança"; SSC 2026); cetoacidose e trauma seguem seus documentos.
5. **D**: AVDN, pupilas, **glicemia capilar**; crise ≥ 5 min = estado de mal (definição operacional da ILAE 2015: após 5 min a crise raramente cede sozinha — Shinnar 2001; risco de lesão neuronal a partir de 30 min): Protocolo de Estado de Mal Convulsivo.
6. **E**: pele (petéquias, lesões), **manter aquecida**, analgesia antes de mover, **sem sedar para transportar**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Oxigênio	SpO2 94–98%	Contínuo	Até a entrega	Padrão do site; prever o consumo com folga para atrasos (MS, SAMU 192 AT31)
Adrenalina IM 1 mg/mL (anafilaxia)	0,01 mg/kg; máx. 0,3 mg (criança), 0,5 mg (adolescente)	Repetir em 5–15 min	Conforme resposta	Vasto lateral; Protocolo de Anafilaxia do site
Cristaloide (SF 0,9% ou Ringer lactato)	10–20 mL/kg em 5–10 min	Após reavaliação	Até 40–60 mL/kg na 1ª hora, com UTI	Sepse e choque séptico na criança; PALS do site
Glicose IV (a partir de 1 mês), se < 60 mg/dL	0,5–1 g/kg = SG 25% 2–4 mL/kg ou SG 10% 5–10 mL/kg	Glicemia em 10–15 min	Depois SG 10% contínuo	Padrão do site (MS, SAMU 192); RN: SG 10% 2 mL/kg
Midazolam (crise ≥ 5 min)	IN 0,2; bucal 0,3; IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Conforme protocolo	Até cessar	Estado de Mal Convulsivo do site; diazepam retal 0,5 mg/kg (máx. 10 mg)
Ceftriaxona (púrpura febril)	1ª dose 100 mg/kg IV ou IM (máx. 4 g)	Conforme o serviço	Conforme o serviço	Se não atrasar a remoção; padrão do site
Naloxona (opioide)	0,1 mg/kg/dose (máx. 2 mg) IV, IM ou SC	A cada 3 min, se necessário	Até reverter	SBP 2024; SBTox/CIATox 2025; ventilar primeiro

O que não fazer: atrasar o SAMU; insistir no acesso venoso além de 90 s; repetir bolus sem reavaliar; dar algo pela boca à criança sonolenta; enviar sem relatório ou sem contato com o destino.

Quem faz o quê. O pediatra estabiliza e transfere; o **médico regulador** define recurso e destino (a "vaga zero" é prerrogativa dele — CFM nº 2.110/2014, art. 14). Depois, o pediatra repõe a maleta e revê o atendimento com a equipe (AAP 2026).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

SAMU 192 (suporte avançado): todo  e o  que depende de oxigênio, recebeu benzodiazepínico, opioide ou adrenalina, ou piora. **Paciente grave viaja com médico, profissional de enfermagem e motorista em ambulância de suporte avançado;** se for tecnicamente impossível, pesa-se o risco do transporte contra o de ficar, com a regulação (CFM nº 1.672/2003). O SAMU não é acionado para remoção de baixa ou média complexidade (CFM nº 2.110/2014, art. 5º); na rede privada, a remoção cabe à instituição ou à operadora (art. 7º).

Não transportar sem equipe capacitada: via aérea instável, SpO₂ < 92% com oxigênio, choque, convulsão em curso, Glasgow ≤ 8, criança sedada. Hipotensão persistente não viaja antes de estabilizar (NICE NG232, 2023).

Carro próprio: aceitável só no  — criança estável e consciente, sem oxigênio, trajeto curto, **dois adultos** (um dirige, outro observa), **cadeirinha ou assento adequado** (Contran nº 819/2021, padrão do site), direto ao serviço. **Perigoso** na criança instável, em crise ou recém-medicada, na anafilaxia, no desconforto respiratório importante e no rebaixamento ("Classificação de risco em pediatria").

Como encaminhar

1. **Regulação:** SAMU 192 ou central privada; **contato prévio com o serviço receptor**, que deve concordar (Portaria nº 2.048/2002; CFM nº 1.672/2003).
2. **SBAR** — evidência moderada de mais segurança, sobretudo ao telefone (Müller, BMJ Open 2018):
 - **S (situação):** nome, idade, **peso**, problema principal.
 - **B (histórico):** início, doença de base, alergias, medicamentos, vacinas.
 - **A (avaliação):** sinais vitais e SpO₂ seriados, glicemia, o que foi feito e a **resposta**.
 - **R (recomendação):** o que se pede (suporte avançado, UTI pediátrica, centro de trauma).
3. **Documentos: relatório legível e assinado, com CRM**, que integra o prontuário de destino e é assinado pelo médico receptor (CFM nº 1.672/2003; nº 2.110/2014, art. 18): hipótese, sinais vitais com horário, **cada medicamento com dose, via e horário**, bolus, glicemias, oxigênio, exames, alergias, telefone do pediatra; caderneta e exames prévios; na intoxicação, a embalagem.
4. **Consentimento escrito** do responsável; dispensável no risco de morte sem responsável localizável, com registro (CFM nº 1.672/2003).
5. **Antes de entregar:** reavaliar ABCDE, fixar acesso, conferir oxigênio e glicemia, **registrar no prontuário**.
6. **Quem acompanha:** a equipe do SAMU e, quando possível e seguro, um responsável (AAP 2020). A criança vai **fixada na maca** com sistema de retenção pediátrico (SECIP-AEP 2021), não no colo.
7. **Responsabilidade:** do médico que transfere **até a criança ser recebida** pelo médico da ambulância de suporte avançado ou, no suporte básico, pelo médico de destino; isso não encerra a responsabilidade pela indicação (Portaria nº 2.048/2002; CFM nº 1.672/2003). Suspeita de maus-tratos: notificação obrigatória (compulsória).

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

- "Já tratamos o urgente e avisamos o hospital; ele precisa ser avaliado lá agora."
- De carro próprio (🟢): "Vá direto ao pronto-socorro indicado, com outro adulto cuidando dele e ele na cadeirinha; leve este relatório."
- **Pare e ligue 192 se, no caminho, ele:** ficar roxo ou muito pálido, respirar com muito esforço ou parar de respirar, não acordar, convulsionar, vomitar sem parar ou tiver manchas roxas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Preparo do consultório	Sem documento localizado (serviços de emergência, 2021)	Espaço, material e medicamentos na UBS (Portaria nº 2.048/2002)	Avaliação anual, BLS, simulações, naloxona (2026)	Sem diretriz localizada	Tarjetas de doses por peso (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Peso e material	Sem posição localizada	Tabela por peso, Broselow (SAMU APed1, 2016)	Doses por peso (2026)	Sem posição localizada	Broselow; 2 × (idade + 4) (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Estabilizar antes	No RN (Transporte do RN, 3ª ed., 2024)	Avaliação respiratória e hemodinâmica obrigatória (2002)	Protocolos de transporte (2026)	Hipotensão persistente não viaja (NG232, 2023)	ABCDE; Sa-tO2 94–98%; até 60 mL/kg/h (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Estabilização interina orientada por telefone (Boston Children's)	Consultor orientado por telefone (SORT, Oxford, 2024)
Quem transporta	Equipe treinada no RN (2024)	Regulação; grave com médico em suporte avançado (CFM 2003)	Transporte seguro no EMS (2020)	Equipe experiente em criança crítica (NG232)	Retenção na maca (SECIP 2021)	Sem posição específica localizada	Equipe de transporte do hospital	Equipe de resgate; tempo-crítico pela origem (SORT); PaNDR (Cambridge)
Comunicação e documentos	Comunicação e registro no RN (2024)	Relatório com CRM; contato prévio; consentimento	Modelos padronizados, alça fechada (2026)	Comunicação no trajeto (NG232)	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	Ligação única (Boston Children's)	Formulário STOPP (SORT 2024)
Família	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Acompanhar quando seguro (2020)	Acesso à criança (NG232)	Pais na estabilização (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Pais incentivados (PaNDR)

Leitura: há **concordância** em estabilizar onde a criança está (**TEP e ABCDE**, com reavaliação), em transportar o grave **com equipe treinada**, em comunicar antes, documentar e envolver a família. As **divergências:** no Brasil a transferência passa pela **regulação médica** (Portaria nº 2.048/2002; CFM nº 2.110/2014), com responsabilidade do médico que transfere até a recepção e **consentimento escrito** (CFM nº 1.672/2003), enquanto no NHS (NICE NG232, 2023; SORT 2024; PaNDR) uma **equipe pediátrica de resgate** vai ao hospital de origem, que só transporta por conta própria no caso tempo-crítico; a **meta de SpO2** (site e

SEUP 94–98%; PALS 94–99%); o **volume dos bolus** (site 10–20 mL/kg com reavaliação; SEUP até 60 mL/kg/h); os **tubos sem cuff** abaixo de 9 anos na tabela do SAMU (2016), hoje preteridos pela cânula com balonete (PALS 2025; SEUP 2024). **A SBP não tem documento sobre o preparo do consultório nem sobre o transporte pediátrico** (só o do RN, 2024, adotado no período neonatal); por isso o site segue o **Ministério da Saúde** (Portaria nº 2.048/2002, Protocolos SAMU 192) e as **resoluções do CFM** no transporte e na responsabilidade, a **AAP 2026** na organização do consultório e as **doses e padrões do site** (SpO2 94–98%, bolus de 10–20 mL/kg, glicose 0,5–1 g/kg, ceftriaxona 100 mg/kg, PALS do site).

PONTOS PRÁTICOS

1. Prepare o consultório antes da emergência: local definido, maleta conferida, doses por peso e simulações.
2. Acione o SAMU 192 ao reconhecer a criança instável, não ao terminar a estabilização.
3. ABCDE: oxigênio para SpO2 94–98%, acesso venoso em até 90 s ou intraósseo, glicemia capilar, bolus de 10–20 mL/kg com reavaliação no choque.
4. Passe o caso pelo SBAR e envie relatório assinado com CRM, com cada medicamento, dose e horário.
5. Criança instável não vai em carro particular; carro próprio só para a estável, com dois adultos e retenção adequada.
6. A responsabilidade é sua até a criança ser recebida pela equipe de suporte avançado ou pelo médico de destino: registre tudo.

Veja também, nesta área: **O que fazer ao receber uma criança com desconforto respiratório, O que fazer ao receber uma criança inconsciente ou rebaixada, PALS, Seps e choque séptico na criança, Trauma pediátrico, Principais Causas de Urgência em Pediatria, Protocolo de Anafilaxia e Protocolo de Estado de Mal Convulsivo**; em **Patologias do consultório, Classificação de risco em pediatria**.

8. Fontes

- AAP. Preparation for Pediatric Emergencies in the Office: Policy Statement e Technical Report. Pediatrics, 2026. [PubMed](#); [relatório técnico](#)
- AAP e outras. Pediatric Readiness in Emergency Medical Services Systems. Pediatrics, 2020. [PDF](#)

- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048/2002 — Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. [BVS](#)
- Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Avançado de Vida — SAMU 192 (APed1, APed2, AT31), 2014–2016. [PDF](#)
- CFM. Resolução nº 1.672/2003 — transporte inter-hospitalar. [PDF](#)
- CFM. Resolução nº 2.110/2014 — serviços pré-hospitalares móveis. [PDF](#)
- CFM. Resolução nº 2.056/2013 — manual de vistoria. [PDF](#)
- SBP, Programa de Reanimação Neonatal. Transporte do Recém-Nascido de Alto Risco, 3ª ed., 2024. [sbp.com.br](#)
- SBP, DC de Emergência. Recomendações para os Serviços de Emergências Pediátricas, 2021. [sbp.com.br](#)
- SEUP-AEP. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- SECIP (AEP). Sistemas de retención en transporte pediátrico y neonatal, 2021. [PDF](#)
- NICE. Head injury: assessment and early management (NG232), 2023. [PDF](#)
- Oxford University Hospitals e University Hospital Southampton. SOP for the retrieval of critically ill children by SORT, v2.0, 2024. [PDF](#)
- PaNDR (Cambridge). Paediatric transfer. [pandreastofengland.co.uk](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard). How to transfer or transport a patient. [childrenshospital.org](#)
- Müller et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety. BMJ Open, 2018. [Proqualis](#)

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.