ANEXO III – CLASSIFICAÇÃO DE KILLIP E ESCORE HEART (SIX; BACKUS; KELDER, 2008)

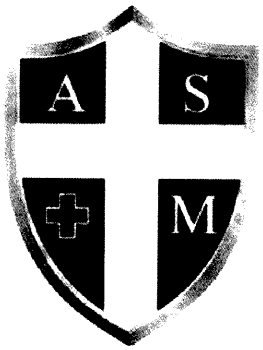
Classe de Killip	Achados clínicos
I	Sem sinais de insuficiência cardíaca.
II	Estertores pulmonares, terceira bulha ou turgência jugular.
III	Edema agudo de pulmão.
IV	Choque cardiogênico.

Escore HEART	0 ponto	1 ponto	2 pontos
História	Pouco suspeita	Moderadamente suspeita	Altamente suspeita
ECG	Normal	Alteração inespecífica da repolarização	Infradesnivelamento de ST significativo
Idade	Menor que 45 anos	45 a 64 anos	65 anos ou mais
Fatores de risco	Nenhum	1 ou 2 fatores	3 ou mais fatores ou doença aterosclerótica conhecida
Troponina	Até o limite de normalidade	1 a 3 vezes o limite	Mais de 3 vezes o limite
Interpretação: 0 a 3 pontos – baixo risco; 4 a 6 pontos – risco intermediário; 7 a 10 pontos – alto risco.			

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:26:29 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:22:02 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: **ALYNE NUNES MOTA** 009.930.351-59 06/10/26 às 13:53:39 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXI

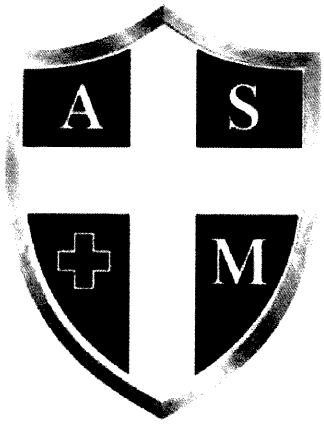
Protocolo de Acidente Vascular Cerebral

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL -AVC

1614

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento precoce, a avaliação inicial, a estabilização clínica e o encaminhamento em tempo oportuno do paciente adulto com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com o propósito de reduzir o intervalo entre o início dos sintomas e o acesso às terapias de reperfusão (trombólise intravenosa e trombectomia mecânica) e ao tratamento especializado do AVC hemorrágico, realizados em hospital de referência.

O protocolo distingue a conduta inicial da UPA, voltada à identificação, à estabilização e à transferência, da conduta definitiva hospitalar, que depende de neuroimagem, equipe especializada e estrutura de reperfusão.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção e acolhimento, classificação de risco, sala de emergência, sala de observação, farmácia, laboratório de apoio, serviço de imagem, quando existente, e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos. Crianças e adolescentes com déficit neurológico agudo deverão ser conduzidos conforme o protocolo de urgências pediátricas.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação neurológica, aplicação da National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), solicitação e interpretação de exames, prescrição, contato com a central de regulação e com o centro de referência, definição do destino do paciente.
- **Enfermeiro:** classificação de risco com aplicação de escala de triagem para AVC, abertura do protocolo, acionamento imediato do médico, registro do horário do último momento em que o paciente foi visto bem, glicemia capilar, monitorização, triagem de disfagia conforme protocolo institucional, processo de enfermagem e registro.

- **Técnico de enfermagem:** aferição de sinais vitais e glicemia capilar, punção venosa, monitorização e cuidados de enfermagem conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro.
- **Farmacêutico:** garantia da disponibilidade dos medicamentos do protocolo, dispensação, conferência de doses e apoio às práticas seguras com medicamentos de alta vigilância.
- **Fisioterapeuta, quando presente na unidade:** apoio ao posicionamento, à prevenção de complicações respiratórias e à mobilização segura, conforme avaliação e competência profissional.
- **Equipe de recepção, apoio e transporte:** encaminhamento imediato à classificação de risco de todo paciente com sinais de alerta de AVC, sem aguardar a conclusão do cadastro.

3. DEFINIÇÃO

- **Acidente vascular cerebral (AVC):** déficit neurológico focal de instalação súbita decorrente de lesão vascular do sistema nervoso central, classificado em isquêmico ou hemorrágico.
- **AVC isquêmico:** infarto do tecido cerebral, medular ou retiniano decorrente de oclusão arterial, responsável pela maioria dos casos de AVC.
- **AVC hemorrágico:** compreende a hemorragia intraparenquimatosa (hemorragia intracerebral) e a hemorragia subaracnóidea (HSA), esta frequentemente relacionada à ruptura de aneurisma intracraniano.
- **Ataque isquêmico transitório (AIT):** episódio transitório de disfunção neurológica causado por isquemia focal, sem evidência de infarto agudo nos exames de imagem. A resolução dos sintomas não exclui risco elevado de AVC nos dias seguintes.
- **Último momento visto bem:** data e horário em que o paciente foi visto pela última vez em sua condição neurológica habitual. É o marco temporal para as janelas terapêuticas quando o horário exato de início dos sintomas é desconhecido, inclusive no AVC ao despertar.

- **Trombólise intravenosa:** administração de fibrinolítico (alteplase ou tenecteplase) para recanalização arterial no AVC isquêmico, dentro de janela terapêutica definida e após exclusão de hemorragia por neuroimagem.
- **Trombectomia mecânica:** remoção endovascular do trombo em pacientes com oclusão de grande vaso, realizada em centro com neurorradiologia intervencionista.
- **Oclusão de grande vaso:** oclusão de artéria intracraniana proximal (como carótida interna, segmento proximal da artéria cerebral média ou artéria basilar), potencialmente elegível à trombectomia mecânica.
- **NIHSS:** escala padronizada de gravidade do déficit neurológico no AVC, com pontuação de 0 a 42.
- **Stroke mimics (simuladores de AVC):** condições que simulam AVC, como hipoglicemia, crise epiléptica com déficit pós-ictal, enxaqueca com aura, intoxicações, infecções do sistema nervoso central e distúrbios funcionais.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com suspeita de AVC na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO → REGISTRO DO ÚLTIMO MOMENTO VISTO BEM → GLICEMIA CAPILAR → ABCDE E ESTABILIZAÇÃO → AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (NIHSS) → ACIONAMENTO IMEDIATO DA REGULAÇÃO → REAVALIAÇÃO → TRANSFERÊNCIA PARA CENTRO DE REFERÊNCIA

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

Deverá ser aberto o protocolo de AVC para todo paciente que apresente, de forma súbita:

- fraqueza, dormência ou paralisia em face, braço ou perna, especialmente em um lado do corpo;
- alteração da fala ou da compreensão (afasia, disartria);
- perda visual súbita em um ou ambos os olhos, ou visão dupla;

- desequilíbrio, vertigem intensa, dificuldade para andar ou incoordenação;
- cefaleia súbita e intensa, sem causa aparente, especialmente se descrita como a pior da vida;
- rebaixamento do nível de consciência associado a qualquer dos sinais acima.

Na recepção e na classificação de risco, deverá ser utilizada escala de triagem validada, como a Escala de Cincinnati ou a sequência BE-FAST (Anexo II). O paciente deverá ser encaminhado imediatamente à classificação de risco, sem aguardar a conclusão do cadastro, e identificado conforme o protocolo institucional de identificação segura.

4.2 Critérios clínicos

- Registrar, com o paciente, familiar ou testemunha, o horário de início dos sintomas ou do último momento visto bem. Solicitar ao acompanhante que permaneça na unidade ou deixe telefone de contato, pois as informações são indispensáveis para a decisão terapêutica no centro de referência.
- Pesquisar uso de anticoagulantes (varfarina ou anticoagulantes orais diretos) e horário da última dose, antiagregantes, cirurgias, sangramentos ou traumatismo craniano recentes, AVC prévio, crise convulsiva no início do quadro e estado funcional prévio.
- Considerar AVC hemorrágico diante de cefaleia intensa, vômitos, rebaixamento do nível de consciência, pressão arterial muito elevada ou uso de anticoagulante; o diagnóstico diferencial entre isquemia e hemorragia somente é possível por neuroimagem.
- Considerar os simuladores de AVC, em especial a hipoglicemia, que deverá ser excluída em todos os casos.

4.3 Avaliação inicial

- Glicemia capilar imediata, antes de qualquer outra intervenção que não seja de suporte vital.
- Sinais vitais completos: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio (SpO2) e temperatura.

- Avaliação neurológica pelo médico com aplicação da NIHSS (Anexo II) e da Escala de Coma de Glasgow, com registro do horário.
- Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, sem atrasar o acionamento da regulação ou a transferência.
- Estimativa ou aferição do peso corporal, informação necessária ao cálculo de dose de fibrinolítico no centro de referência.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Todo paciente com triagem positiva para AVC e início dos sintomas ou último momento visto bem nas últimas 24 horas deverá receber prioridade máxima e avaliação médica imediata, em razão das janelas de reperfusão. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica ou respiratória deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** verificar permeabilidade e capacidade de proteção. Pacientes com Glasgow igual ou inferior a 8, vômitos com risco de broncoaspiração ou insuficiência respiratória deverão ter a via aérea avançada manejada conforme o protocolo 2.18 – Manejo de via aérea e intubação.
- **B – Respiração:** ofertar oxigênio somente se SpO2 igual ou inferior a 94%; não há indicação de oxigênio suplementar em pacientes normoxêmicos.
- **C – Circulação:** monitorização cardíaca, pressão arterial, acesso venoso periférico calibroso, preferencialmente em membro não parético, com coleta de exames.
- **D – Neurológico:** Glasgow, pupilas, glicemia capilar, NIHSS e registro do déficit.
- **E – Exposição:** pesquisa de sinais de trauma, sangramentos e controle da temperatura.

4.6 Exames complementares

- **Obrigatórios na UPA:** glicemia capilar e ECG.
- **Laboratoriais, conforme disponibilidade e sem atrasar a transferência:** hemograma com plaquetas, tempo de protrombina/razão normalizada internacional (RNI), tempo de tromboplastina parcial ativada, ureia, creatinina, sódio, potássio e glicemia. Somente a glicemia é obrigatória antes da trombólise, salvo suspeita de coagulopatia, uso de anticoagulante ou trombocitopenia.
- **Neuroimagem:** a tomografia computadorizada de crânio sem contraste é o exame inicial para exclusão de hemorragia, a ser realizada no centro de referência ou na própria unidade, quando disponível, conforme fluxo assistencial institucional. A realização de tomografia na UPA não deverá retardar a transferência de paciente que necessite de centro de referência. Estudos vasculares e de perfusão são atribuição do centro de referência.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca contínua, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso.
- Reavaliação neurológica seriada (Glasgow e NIHSS ou avaliação dos déficits), com atenção à piora neurológica, e glicemia capilar conforme prescrição.
- Pressão arterial a intervalos regulares, com periodicidade definida pela gravidade do paciente e pelas metas do item 4.10.
- Piora neurológica deverá ser comunicada imediatamente ao médico e à central de regulação.

4.8 Condutas iniciais

- Manter o paciente em repouso, com cabeceira entre 0° e 30°, conforme tolerância e risco de broncoaspiração; nos casos com rebaixamento do nível de consciência, vômitos ou suspeita de hemorragia, manter cabeceira a 30°.
- Manter jejum oral, inclusive de medicamentos, até a realização de triagem de disfagia.

- Corrigir a hipoglicemia (glicemia inferior a 60 mg/dL) imediatamente, conforme o protocolo 2.23 – Manejo do paciente com emergências glicêmicas, e reavaliar o déficit neurológico após a correção.
- Tratar a hipertermia (temperatura superior a 38 °C) e investigar sua causa.
- Hidratação, quando necessária, com solução isotônica (cloreto de sódio a 0,9%). Evitar soluções hipotônicas e glicosadas em pacientes não hipoglicêmicos.
- Não administrar antiagregantes plaquetários, anticoagulantes ou fibrinolíticos antes da neuroimagem que exclua hemorragia.
- Evitar punções arteriais e injeções intramusculares em potenciais candidatos à trombólise.
- Acionar a central de regulação imediatamente após a suspeita clínica, sem aguardar resultados laboratoriais.

4.9 Tratamento

a) Suspeita de AVC com início dos sintomas ou último momento visto bem até 24 horas

- Transferência prioritária para Centro de Atendimento de Urgência ao AVC com tomografia disponível 24 horas e capacidade de trombólise; nos casos com suspeita de oclusão de grande vaso (déficit grave ou escala específica positiva, conforme fluxo da rede), considerar encaminhamento a serviço com trombectomia mecânica, conforme pactuação regional.
- **Trombólise intravenosa:** indicada, no centro de referência, em pacientes com AVC isquêmico dentro de 4,5 horas do início dos sintomas ou do último momento visto bem, sem contraindicações, após tomografia que exclua hemorragia. A diretriz norte-americana de 2026 admite, em casos selecionados por ressonância magnética ou exames de perfusão, janelas estendidas; tais critérios são de competência do centro de referência.
- **Trombectomia mecânica:** indicada em pacientes selecionados com oclusão de grande vaso, com janela de até 24 horas conforme critérios clínicos e de imagem,

em centro habilitado. A disponibilidade no Sistema Único de Saúde deverá ser verificada na rede regional.

- **Trombólise na própria UPA:** somente poderá ser realizada se a unidade estiver formalmente integrada à linha de cuidado do AVC, com tomografia, laboratório, equipe treinada, monitorização, fibrinolítico disponível e suporte de teleconsultoria neurológica, conforme pactuação na rede e disponibilidade e fluxo assistencial institucional. Na ausência dessas condições, a conduta é a transferência imediata.

b) Suspeita de AVC com mais de 24 horas de evolução

Estabilização e transferência para hospital de referência para investigação, tratamento e prevenção secundária, via central de regulação.

c) Suspeita de hemorragia subaracnóidea

Cefaleia súbita e intensa, com ou sem rigidez de nuca, vômitos, crise convulsiva ou rebaixamento do nível de consciência. Deverá ser providenciada transferência para serviço com neuroimagem e neurocirurgia, com analgesia, controle pressórico e prevenção de vômitos.

d) Ataque isquêmico transitório

Pacientes com sintomas resolvidos deverão ser avaliados em serviço de referência com neuroimagem e investigação vascular urgente, em razão do risco elevado de AVC precoce. A alta direta da UPA sem garantia dessa investigação não é recomendada.

4.10 Terapia medicamentosa

Controle pressórico

Situação	Meta de pressão arterial	Observações
AVC isquêmico candidato à trombólise	Inferior a 185/110 mmHg antes da trombólise; inferior a 180/105 mmHg nas 24 horas seguintes.	Se não for possível manter os valores, a trombólise está contraindicada. Informar a pressão arterial à regulação.
AVC isquêmico sem indicação de reperfusão	Tratar somente se superior a 220/120 mmHg; redução de cerca de 15% nas primeiras 24 horas pode ser razoável.	Evitar hipotensão e reduções abruptas, que podem ampliar a área isquêmica.

Situação	Meta de pressão arterial	Observações
Hemorragia intracerebral	PAS entre 150 e 220 mmHg: meta de aproximadamente 140 mmHg, evitando valores inferiores a 130 mmHg (AHA/ASA 2022).	Redução gradual e sustentada, evitando grande variabilidade.
Hemorragia subaracnóidea	Controle pressórico até o tratamento do aneurisma, evitando hipertensão importante e hipotensão.	Meta específica a ser definida com o serviço de neurocirurgia [VALIDAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA].

Antes da neuroimagem, sem diagnóstico diferencial entre isquemia e hemorragia, a redução pressórica deverá ser cautelosa e restrita a valores muito elevados ou a candidatos à trombólise, conforme decisão médica e orientação do centro de referência. A escolha do anti-hipertensivo intravenoso titulável, sua diluição e sua dose deverão seguir a padronização institucional e o protocolo paciente com emergências hipertensivas.

Glicemia, temperatura e crises

- Manter a glicemia entre 140 e 180 mg/dL e corrigir a hipoglicemia inferior a 60 mg/dL.
- Temperatura superior a 38 °C: antitérmico conforme prescrição e investigação da causa.
- Crises convulsivas: tratar conforme o protocolo 2.20. Não se recomenda profilaxia anticonvulsivante de rotina.

Fibrinolíticos – referência para unidades integradas à linha de cuidado do AVC

Fibrinolítico	Dose
Alteplase	0,9 mg/kg (dose máxima de 90 mg): 10% da dose em bólus intravenoso em 1 minuto e o restante em infusão contínua em 60 minutos.
Tenecteplase	0,25 mg/kg em bólus intravenoso único (dose máxima de 25 mg), conforme a diretriz norte-americana de 2026. A incorporação da tenecteplase para AVC no Sistema Único de Saúde e a apresentação disponível na unidade deverão ser verificadas . A dose e a apresentação da tenecteplase para AVC diferem das utilizadas no infarto agudo do miocárdio.

Após trombólise: não administrar antiagregantes ou anticoagulantes nas 24 horas seguintes, salvo decisão do centro de referência; monitorar neurologicamente e

interromper a infusão diante de piora neurológica, cefaleia intensa, vômitos ou hipertensão aguda, com comunicação imediata ao médico.

Ácido acetilsalicílico e demais antitrombóticos são de indicação do serviço de referência, após neuroimagem.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Glicemia capilar.
- Punção venosa periférica, preferencialmente em membro não parético.
- Monitorização multiparamétrica.
- Triagem de disfagia à beira do leito, antes de qualquer oferta oral, conforme protocolo institucional.
- Posicionamento, mudança de decúbito e proteção de membros paréticos.
- Manejo de via aérea conforme o protocolo, quando indicado.
- Preparo do paciente para transferência inter-hospitalar.

4.12 Critérios de gravidade

- Glasgow igual ou inferior a 8 ou queda de 2 ou mais pontos.
- Piora do NIHSS ou progressão do déficit.
- Sinais de hipertensão intracraniana ou herniação: anisocoria, bradicardia com hipertensão, padrão respiratório irregular.
- Suspeita de hemorragia subaracnóidea ou intracerebral.
- Instabilidade hemodinâmica ou arritmias graves.
- Insuficiência respiratória ou broncoaspiração.
- Crises convulsivas recorrentes.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, SpO2 superior a 94%, pressão arterial dentro das metas do item 4.10, glicemia corrigida, crises controladas e acesso venoso funcionante. A busca de

estabilização completa não deverá retardar a transferência de paciente dentro da janela de reperfusão.

4.14 Critérios para observação

O paciente com suspeita de AVC ou AIT deverá permanecer em leito monitorizado na sala de emergência ou na observação apenas pelo tempo necessário à estabilização e à efetivação da transferência. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Todo paciente com suspeita de AVC, AIT ou hemorragia subaracnóidea deverá ser transferido, via central de regulação, para o hospital de referência.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Centro de AVC com trombólise:** suspeita de AVC isquêmico dentro das janelas de reperfusão.
- **Serviço com trombectomia mecânica:** suspeita de oclusão de grande vaso, conforme fluxo pactuado na rede.
- **Serviço com neurocirurgia e terapia intensiva:** hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnóidea, rebaixamento do nível de consciência ou sinais de hipertensão intracraniana.

O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado nos pacientes graves, instáveis, com via aérea avançada ou em uso de fibrinolítico ou anti-hipertensivo intravenoso contínuo, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

Não se aplica a alta direta da UPA ao paciente com suspeita de AVC ou AIT. A alta somente poderá ser considerada quando o médico identificar e tratar causa alternativa que explique integralmente o quadro, como hipoglicemia com resolução

completa do déficit após a correção, com registro fundamentado em prontuário e orientação de retorno imediato diante de novos sintomas.

4.18 Registro em prontuário

- horário de chegada, da classificação de risco e da abertura do protocolo;
- horário de início dos sintomas ou do último momento visto bem, com a fonte da informação;
- glicemia capilar, sinais vitais, Glasgow e NIHSS, com horários;
- uso de anticoagulantes e horário da última dose;
- medicamentos administrados, doses, vias e horários;
- contato com a central de regulação, número da solicitação, horário de aceite e de saída do paciente;
- evolução e anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

Recomenda-se o monitoramento institucional do tempo entre a chegada e o acionamento da regulação e do tempo entre a chegada e a saída do paciente para o centro de referência.

4.19 Comunicação entre profissionais

- A comunicação com a central de regulação e com o centro de referência deverá conter o horário de início dos sintomas ou do último momento visto bem, NIHSS, Glasgow, glicemia, pressão arterial, uso de anticoagulantes, peso, comorbidades relevantes e contato do acompanhante (Anexo III).
- A passagem de caso entre turnos e na transferência deverá utilizar ferramenta estruturada de comunicação padronizada pela instituição (por exemplo, SBAR).
- Quando disponível, poderá ser utilizada teleconsultoria neurológica, sem prejuízo da decisão médica local e do fluxo de regulação.

4.20 Segurança do paciente

- Identificação correta do paciente em todas as etapas.

- Prevenção de broncoaspiração: jejum até triagem de disfagia e cabeceira elevada quando indicada.
- Prevenção de quedas e de lesões em membros paréticos.
- Prevenção de lesão por pressão em pacientes imobilizados.
- Fibrinolíticos, anti-hipertensivos intravenosos contínuos e insulina são medicamentos de alta vigilância: exigir prescrição completa, confirmação do peso e dupla checagem.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **AHA/ASA** – American Heart Association/American Stroke Association
- **AIT** – Ataque isquêmico transitório
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **AVC** – Acidente vascular cerebral
- **BE-FAST** – Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time (sequência de reconhecimento do AVC)
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **HSA** – Hemorragia subaracnóidea
- **NIHSS** – National Institutes of Health Stroke Scale
- **NT** – Não testável
- **O2** – Oxigênio
- **PA** – Pressão arterial
- **PAS** – Pressão arterial sistólica

- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **RNI** – Razão normalizada internacional
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/tromb-lise-no-acidente-vascular-cerebral-isqu-mico-agudo.pdf. Acesso em: 28 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem

em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

GREENBERG, S. M. et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, v. 53, n. 7, p. e282-e361, 2022. DOI: 10.1161/STR.0000000000000407.

HOH, B. L. et al. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, v. 54, n. 7, p. e314-e370, 2023. DOI: 10.1161/STR.0000000000000436.

MARTINS, S. C. O. et al. Reperfusion therapy for acute ischemic stroke: where are we in 2023? Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 81, p. 1030-1039, 2023. DOI: 10.1055/s-0043-1777721.

OLIVEIRA-FILHO, J. et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 70, n. 8, 2012. DOI: 10.1590/S0004-282X2012000800012.

PRABHAKARAN, S. et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, v. 57, n. 8, p. e316-e436, 2026. DOI: 10.1161/STR.0000000000000513.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC NA UPA

PACIENTE COM DÉFICIT NEUROLÓGICO SÚBITO
(triagem positiva: Cincinnati / BE-FAST)

↓

ABERTURA DO PROTOCOLO • PRIORIDADE MÁXIMA
Registrar horário de início ou último momento visto bem

↓

GLICEMIA CAPILAR IMEDIATA
Glicemia < 60 mg/dL → corrigir e reavaliar o déficit

↓

ABCDE • monitorização • acesso venoso • O2 se SpO2 ≤ 94%
Glasgow e NIHSS • ECG • jejum oral

↓

ACIONAR IMEDIATAMENTE A CENTRAL DE REGULAÇÃO
(sem aguardar exames laboratoriais)

↓

INÍCIO OU ÚLTIMO MOMENTO VISTO BEM ≤ 24 h Transferência prioritária para Centro de AVC (trombólise até 4,5 h; trombectomia em casos selecionados, conforme rede)	MAIS DE 24 h, AIT OU SUSPEITA DE HEMORRAGIA Transferência para hospital de referência (neurocirurgia se suspeita de hemorragia)

↓

ESTABILIZAÇÃO SEM ATRASO: PA nas metas • glicemia 140–180 mg/dL
nada de antitrombóticos antes da neuroimagem

↓

REAVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SERIADA • REGISTRO DOS TEMPOS

↓

DESTINO: TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO (suporte avançado nos casos graves)

ANEXO II – ESCALAS DE TRIAGEM E DE GRAVIDADE

Escala pré-hospitalar de Cincinnati: a alteração de qualquer um dos itens sugere AVC.

Item	Avaliação	Alteração
Face	Pedir para sorrir ou mostrar os dentes.	Assimetria facial.
Braços	Elevar os dois braços, de olhos fechados, por 10 segundos.	Queda ou incapacidade de mover um dos braços.
Fala	Repetir uma frase simples.	Fala arrastada, palavras incorretas ou incapacidade de falar.

BE-FAST: B (balance) – perda súbita de equilíbrio; E (eyes) – perda visual súbita; F (face) – assimetria facial; A (arm) – fraqueza em membro; S (speech) – alteração da fala; T (time) – registrar o horário e acionar imediatamente o fluxo de AVC.

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) – itens e pontuação: a aplicação deverá seguir o manual oficial da escala e ser realizada por profissional treinado.

Item	Domínio avaliado	Pontuação
1a	Nível de consciência	0 a 3
1b	Perguntas (mês e idade)	0 a 2
1c	Comandos (abrir/fechar olhos, apertar a mão)	0 a 2
2	Melhor olhar conjugado	0 a 2
3	Campos visuais	0 a 3
4	Paresia facial	0 a 3
5a / 5b	Motor – membro superior esquerdo / direito	0 a 4 cada
6a / 6b	Motor – membro inferior esquerdo / direito	0 a 4 cada
7	Ataxia de membros	0 a 2
8	Sensibilidade	0 a 2
9	Melhor linguagem	0 a 3
10	Disartria	0 a 2
11	Extinção ou inatenção (negligência)	0 a 2
Pontuação total: 0 a 42. Membro amputado ou com anquilose articular é registrado como não testável (NT) nos itens motores e de ataxia.		

ANEXO III – FORMULÁRIO DE APOIO À REGULAÇÃO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE AVC

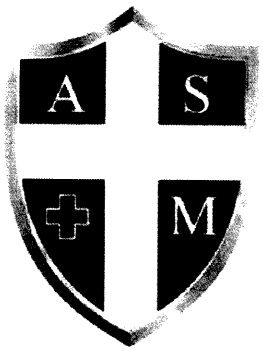
Informações a serem reunidas pela equipe da UPA e transmitidas à central de regulação e ao centro de referência. A decisão sobre a elegibilidade à reperfusão é do centro de referência.

Informação	Registro
Horário de início dos sintomas ou do último momento visto bem (e fonte da informação)	
Horário de chegada à UPA	
Glicemia capilar (mg/dL) e horário	
Pressão arterial, frequência cardíaca, SpO2 e temperatura	
Glasgow e NIHSS (com horário)	
Peso (aferido ou estimado)	
Uso de anticoagulante (qual e horário da última dose)	
Uso de antiagregante	
AVC, traumatismo craniano, cirurgia ou sangramento recentes	
Hemorragia intracraniana prévia	
Crise convulsiva no início do quadro	
Estado funcional prévio (dependência para atividades diárias)	
Nome e telefone do acompanhante ou testemunha	
Número da solicitação na central de regulação e horário de aceite	

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:27:49 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.06 11:53:23 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 15:25:29 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXII

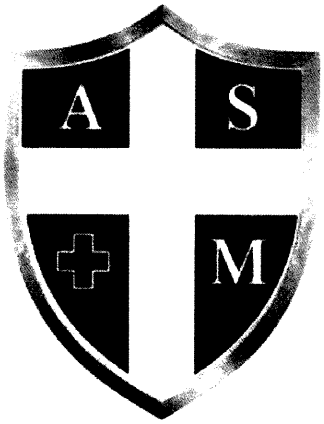
Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Estado De Sepse E Choque Séptico

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento precoce, a avaliação, o tratamento inicial e o encaminhamento do paciente adulto com suspeita de sepse ou choque séptico atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), assegurando a coleta de culturas, a administração precoce de antimicrobiano, a ressuscitação hemodinâmica e a transferência oportuna para leito hospitalar ou de terapia intensiva, conforme as diretrizes vigentes.

O protocolo orienta a conduta inicial da UPA, sem substituir o manejo definitivo hospitalar, que inclui terapia intensiva, controle cirúrgico ou percutâneo do foco infeccioso e ajuste terapêutico conforme resultados microbiológicos.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção e acolhimento, classificação de risco, consultórios, sala de emergência, sala de medicação, sala de observação, farmácia, laboratório de apoio e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos. Crianças e adolescentes deverão ser conduzidos conforme o protocolo de urgências pediátricas, e gestantes e puérperas, em articulação com o protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas, em razão das particularidades fisiológicas e dos critérios específicos dessas populações.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação clínica, confirmação da suspeita de sepse, identificação do foco, solicitação de exames, prescrição de antimicrobiano, fluidos e vasopressor, procedimentos médicos, contato com a central de regulação e definição do destino do paciente.
- **Enfermeiro:** triagem de sepse na classificação de risco e durante a permanência na unidade, abertura do protocolo, acionamento imediato do médico, coleta de culturas e exames, administração de medicamentos prescritos, controle do tempo das intervenções, monitorização, processo de enfermagem e registro.

- **Técnico de enfermagem:** aferição de sinais vitais, punção venosa, coleta de amostras, administração de medicamentos e cuidados de enfermagem conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, controle de diurese e registro.
- **Farmacêutico:** garantia da disponibilidade dos antimicrobianos padronizados e do vasopressor, dispensação prioritária da primeira dose, conferência de doses conforme função renal e peso, compatibilidades e estabilidade, e apoio ao programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos.
- **Equipe de laboratório:** processamento prioritário das amostras do protocolo e comunicação imediata de resultados críticos, em especial do lactato.

3. DEFINIÇÃO

- **Sepse:** disfunção orgânica aguda com risco de morte causada por resposta desregulada do hospedeiro à infecção, conforme o Terceiro Consenso Internacional (Sepsis-3), adotado pela Surviving Sepsis Campaign (SSC) de 2026.
- **Choque séptico:** subgrupo da sepse com disfunção circulatória, caracterizado pela necessidade de vasopressor para manter pressão arterial média (PAM) igual ou superior a 65 mmHg e lactato superior a 2 mmol/L apesar de ressuscitação volêmica adequada, associado a maior mortalidade. Na UPA, a hipotensão persistente após a reposição volêmica inicial deverá ser conduzida como choque séptico, mesmo sem resultado de lactato.
- **Hipoperfusão induzida pela sepse:** hipotensão (PAM inferior a 65 mmHg, pressão arterial sistólica – PAS – inferior a 90 mmHg ou queda importante em relação ao valor habitual do paciente) ou lactato elevado.
- **Sepse possível, provável e definida:** graus de probabilidade diagnóstica utilizados pela SSC 2026 para orientar a urgência do antimicrobiano: a sepse é provável ou definida quando a infecção é a explicação mais provável para a disfunção orgânica, e possível quando há dúvida relevante entre causa infecciosa e não infecciosa.
- **Tempo zero:** horário de abertura do protocolo, isto é, o momento em que a suspeita de sepse é registrada pela equipe; é o marco para contagem das metas de tempo.

- **Foco infeccioso:** local provável da infecção (pulmonar, urinário, abdominal, pele e partes moles, sistema nervoso central, corrente sanguínea associada a dispositivo, entre outros).
- **Controle de foco:** intervenção cirúrgica ou percutânea para remoção ou drenagem da fonte de infecção, como drenagem de abscesso, desbridamento ou retirada de dispositivo infectado.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com suspeita de sepse na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO (TRIAGEM) → ABERTURA DO PROTOCOLO (TEMPO ZERO) → AVALIAÇÃO MÉDICA E ABCDE → COLETA DE LACTATO, CULTURAS E EXAMES → ANTIMICROBIANO → RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA E VASOPRESSOR, QUANDO INDICADOS → REAVALIAÇÃO → TRANSFERÊNCIA

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

A triagem de sepse deverá ser aplicada na classificação de risco e durante toda a permanência do paciente na unidade, em todo paciente com suspeita de infecção ou com piora clínica aguda. A SSC 2026 recomenda, como instrumento isolado de triagem, o uso de escores de alerta precoce – National Early Warning Score (NEWS/NEWS2), Modified Early Warning Score (MEWS) – ou dos critérios de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS), em detrimento do quick SOFA (qSOFA), que apresenta baixa sensibilidade. A instituição deverá definir o instrumento adotado [DEFINIR – NEWS2 ou SIRS] (Anexo II).

A triagem será considerada positiva, com abertura do protocolo e avaliação médica imediata, quando houver suspeita de infecção associada a:

- escore do instrumento adotado igual ou superior ao ponto de corte institucional; ou

- qualquer sinal de disfunção orgânica (Anexo II), em especial hipotensão, rebaixamento ou alteração do nível de consciência, desconforto respiratório ou hipoxemia e redução da diurese.

A SSC 2026 sugere a adoção de fluxo de "código sepse", com acionamento imediato de equipe multiprofissional à beira do leito após triagem positiva.

4.2 Critérios clínicos

- Pesquisar foco infeccioso provável: sintomas respiratórios, urinários, abdominais, cutâneos, neurológicos, presença de dispositivos (sondas, cateteres), feridas ou procedimentos recentes.
- Identificar fatores de risco: idade avançada, imunossupressão (quimioterapia, uso de corticosteroides, transplante, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana), neoplasia, diabetes mellitus, doença renal ou hepática crônica, internação ou uso de antimicrobiano recentes.
- Identificar fatores de risco para microrganismos multirresistentes: colonização ou infecção prévia por microrganismo multirresistente, uso prolongado de antimicrobianos de amplo espectro e internação prolongada.
- Avaliar diagnósticos diferenciais não infecciosos de disfunção orgânica aguda, sem retardar o antimicrobiano nos casos de choque ou de sepse provável.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação periférica de oxigênio (SpO2) e nível de consciência.
- Tempo de enchimento capilar e pesquisa de livedo (pele mosqueada), como marcadores clínicos de perfusão.
- Glicemia capilar.
- Estimativa ou aferição do peso corporal, para cálculo do volume de fluidos e de doses.
- Avaliação do débito urinário; considerar cateterismo vesical em pacientes com choque, conforme prescrição.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Pacientes com triagem de sepse positiva deverão receber avaliação médica imediata; pacientes com hipotensão, sinais de hipoperfusão, rebaixamento do nível de consciência ou insuficiência respiratória deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** verificar permeabilidade e proteção; manejo avançado conforme o protocolo 2.18 – Manejo de via aérea e intubação.
- **B – Respiração:** avaliar frequência respiratória, esforço e SpO2; oxigenoterapia e suporte ventilatório conforme o protocolo 2.17 – Manejo do paciente com insuficiência respiratória aguda.
- **C – Circulação:** pressão arterial, frequência cardíaca, tempo de enchimento capilar, dois acessos venosos periféricos calibrosos, monitorização cardíaca e controle de diurese.
- **D – Neurológico:** nível de consciência e glicemia capilar.
- **E – Exposição:** exame da pele, de feridas, de sítios de dispositivos e pesquisa de petéquias, púrpura ou celulite, com controle da temperatura.

4.6 Exames complementares

Deverão ser coletados, conforme disponibilidade na unidade, idealmente no primeiro acesso venoso e sem retardar o antimicrobiano:

- **Lactato sérico:** recomendado pela SSC 2026 em pacientes com sepse possível, provável ou definida. Em pacientes com lactato inicial elevado, repetir para orientar a ressuscitação, conforme prescrição médica. A disponibilidade de lactato na UPA, o tipo de amostra e o tempo de resultado deverão ser definidos institucionalmente.
- **Hemoculturas:** coletar o mais precocemente possível e, idealmente, antes do antimicrobiano, sem retardar sua administração, em especial no paciente

hipotenso. Recomenda-se volume de 10 mL por frasco. A diretriz admite coleta de dois conjuntos de sítios diferentes ou de sítio único, conforme recursos.

- **Outras culturas conforme o foco provável:** urocultura, cultura de secreções ou de outros materiais, conforme disponibilidade e fluxo laboratorial.
- **Exames gerais:** hemograma com plaquetas, creatinina, ureia, sódio, potássio, bilirrubinas, coagulograma, gasometria (arterial ou venosa, conforme indicação) e glicemia.
- **Exames de imagem, conforme disponibilidade e foco suspeito:** radiografia de tórax e ultrassonografia à beira do leito.

A sepse é diagnóstico clínico e não deverá ser confirmada ou descartada por um único biomarcador ou exame. A procalcitonina não é recomendada para decidir o início do antimicrobiano.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca contínua e oximetria de pulso.
- Pressão arterial não invasiva frequente durante a ressuscitação e o uso de vasopressor (a prática de referência descrita pela SSC 2026 é a aferição ao menos a cada 15 minutos na fase inicial do choque).
- Tempo de enchimento capilar, nível de consciência, frequência respiratória e diurese horária nos pacientes com hipoperfusão.
- Sinais de sobrecarga volêmica a cada etapa de reposição: aumento do trabalho respiratório, queda da SpO2, estertores pulmonares e turgência jugular.
- Vigilância do sítio de infusão periférica do vasopressor, com inspeção frequente para extravasamento, conforme protocolo institucional de segurança.

4.8 Condutas iniciais

Sepse e choque séptico são emergências médicas; o tratamento e a ressuscitação deverão ser iniciados imediatamente. Após a abertura do protocolo, deverão ser realizados, tão logo possível:

- coleta de lactato, hemoculturas e exames gerais;

- administração do antimicrobiano nos prazos do item 4.10;
- reposição volêmica com cristaloide nos pacientes com hipotensão ou lactato elevado;
- vasopressor, se a hipotensão persistir após a reposição inicial ou, em casos de choque instável, de forma concomitante aos fluidos, a critério médico;
- oxigenoterapia, se necessária;
- acionamento da central de regulação para leito hospitalar ou de terapia intensiva.

4.9 Tratamento

a) Antimicrobiano

Situação clínica	Prazo para o antimicrobiano (SSC 2026)
Choque séptico possível, provável ou definido	Imediatamente, idealmente em até 1 hora do reconhecimento (recomendação forte).
Sepse provável ou definida, sem choque	Imediatamente, idealmente em até 1 hora do reconhecimento (recomendação forte).
Sepse possível, sem choque	Avaliação rápida de causas infecciosas e não infecciosas; se persistir a suspeita de infecção, administrar em até 3 horas da suspeita (recomendação condicional). Quando não houver exames disponíveis para excluir causa não infecciosa, não retardar o antimicrobiano.
Baixa probabilidade de infecção, sem choque	Adiar o antimicrobiano, com monitorização e reavaliação frequentes (recomendação condicional).

- A escolha do esquema empírico deverá seguir o guia de antimicrobianos da instituição, elaborado com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou serviço equivalente e baseado no foco provável, na origem da infecção (comunitária ou relacionada à assistência à saúde) e no perfil microbiológico local. Este protocolo não estabelece esquemas nem doses de antimicrobianos, que dependem dessa definição local.
- Cobertura empírica para microrganismo multirresistente específico somente em pacientes com alto risco para esse microrganismo; cobertura antifúngica empírica não é recomendada de rotina; cobertura para anaeróbios apenas em focos de risco

(abdominal, ginecológico ou obstétrico profundo, infecção necrosante de partes moles, cabeça e pescoço, abscesso do sistema nervoso central ou empiema).

- Administrar a primeira dose por via intravenosa, em dose plena, com dose de ataque quando aplicável, sem ajuste renal na primeira dose, conforme orientação farmacêutica.
- Registrar o horário exato de início do antimicrobiano.

b) Ressuscitação volêmica

- Pacientes com hipoperfusão induzida pela sepse ou choque séptico: pelo menos 30 mL/kg de cristaloide intravenoso nas primeiras 3 horas (recomendação condicional da SSC 2026), com reavaliação clínica frequente durante e após cada etapa, para evitar reposição insuficiente ou excessiva.
- Em pacientes com índice de massa corporal superior a 30 kg/m², o volume poderá ser calculado pelo peso ideal ou ajustado.
- Preferir cristaloides balanceados (por exemplo, Ringer com lactato) ao cloreto de sódio a 0,9%; em pacientes com traumatismo cranioencefálico, utilizar cloreto de sódio a 0,9%.
- Não utilizar amidos; não se recomenda gelatina. A albumina poderá ser considerada em pacientes que já receberam grandes volumes de cristaloides ou com cirrose, conforme decisão médica e disponibilidade.
- Lactato elevado isoladamente não deverá motivar administração reflexa de fluidos após a reposição inicial; a continuidade deverá ser individualizada com base na perfusão clínica e na tolerância a fluidos.
- Considerar o contexto clínico (insuficiência cardíaca, doença renal crônica, disponibilidade de suporte ventilatório) na definição do volume e da velocidade de infusão.

c) Vasopressor

- Iniciar vasopressor se a hipotensão persistir após a reposição volêmica inicial; nos casos de choque instável (hipotensão grave, pele mosqueada, cianose ou

hipoxemia, taquicardia e alteração do nível de consciência), o vasopressor poderá ser iniciado concomitantemente aos fluidos, a critério médico.

- Noradrenalina é o vasopressor de primeira linha. Em pacientes com disfunção cardíaca concomitante, a SSC 2026 admite noradrenalina ou adrenalina como primeira linha.
- Iniciar por acesso venoso periférico calibroso, sem aguardar acesso venoso central, com protocolo institucional de segurança (acesso de bom calibre, inspeção frequente, conduta padronizada em caso de extravasamento).
- **Meta de PAM:** 65 mmHg (faixa de cerca de 5 mmHg); em pacientes com 65 anos ou mais, faixa inicial de 60 a 65 mmHg.
- A diluição padronizada, a dose inicial e a titulação da noradrenalina deverão seguir a padronização institucional de medicamentos de alta vigilância, com bomba de infusão.

d) Corticosteroide

A SSC 2021 sugeriu hidrocortisona intravenosa (200 mg/dia) em adultos com choque séptico e necessidade persistente de vasopressor (noradrenalina em dose igual ou superior a 0,25 mcg/kg/min por pelo menos 4 horas). A recomendação correspondente da SSC 2026 não foi conferida integralmente; a indicação é de decisão médica, geralmente no ambiente de terapia intensiva.

e) Controle de foco

Todo paciente deverá ser avaliado rapidamente quanto à necessidade de controle de foco. Quando indicado, a SSC 2026 sugere que seja realizado precocemente, idealmente em até 6 horas do diagnóstico, o que exige transferência prioritária para serviço com capacidade cirúrgica ou intervencionista.

4.10 Terapia medicamentosa

Os medicamentos do protocolo deverão integrar kit ou estoque de fácil acesso na sala de emergência, com conferência periódica pela farmácia:

- antimicrobianos padronizados no guia institucional, com diluentes e orientações de preparo;

- cristaloides balanceados e cloreto de sódio a 0,9%;
- noradrenalina, com diluição padronizada e rotulagem de medicamento de alta vigilância;
- materiais de coleta de hemoculturas, lactato e exames gerais.

Antipiréticos poderão ser utilizados para conforto do paciente, conforme prescrição. A glicemia deverá ser monitorada e a hiperglicemia importante tratada conforme o protocolo 2.23.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Punção de dois acessos venosos periféricos calibrosos.
- Coleta de hemoculturas com técnica asséptica, conforme procedimento operacional padrão institucional, para reduzir contaminação.
- Coleta de lactato e demais exames.
- Cateterismo vesical para controle de diurese, quando prescrito.
- Instalação e manutenção de infusão contínua de vasopressor em bomba de infusão.
- Acesso venoso central, quando indicado e disponível, por médico habilitado.
- Manejo de via aérea e ventilação conforme os protocolos.
- Preparo do paciente para transferência inter-hospitalar.

4.12 Critérios de gravidade

- Hipotensão persistente após a reposição volêmica inicial ou necessidade de vasopressor (choque séptico).
- Lactato elevado, em especial igual ou superior a 4 mmol/L.
- Rebaixamento do nível de consciência.
- Insuficiência respiratória ou necessidade de ventilação mecânica.
- Oligúria ou anúria.
- Sinais de coagulopatia, púrpura ou petéquias difusas.
- Imunossupressão grave, como neutropenia.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, oxigenação adequada, PAM dentro da meta com ou sem vasopressor em dose estável, acesso venoso funcionante e antimicrobiano iniciado. A busca da estabilização completa não deverá retardar a transferência de paciente que necessite de terapia intensiva ou de controle de foco.

4.14 Critérios para observação

O paciente com sepse ou choque séptico deverá permanecer em leito monitorizado, preferencialmente na sala de emergência, até a transferência. Pacientes com infecção sem disfunção orgânica ou com triagem positiva não confirmada poderão permanecer em observação para reavaliação clínica, conforme decisão médica. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Todo paciente com sepse ou choque séptico deverá ser transferido, via central de regulação, para leito hospitalar ou de terapia intensiva, conforme a gravidade. A SSC 2026 sugere que os pacientes com indicação de terapia intensiva sejam admitidos na unidade de terapia intensiva (UTI) em até 6 horas.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **UTI:** choque séptico, necessidade de vasopressor, insuficiência respiratória com necessidade de ventilação, rebaixamento importante do nível de consciência ou lactato persistentemente elevado.
- **Serviço com cirurgia ou radiologia intervencionista:** foco que necessite de controle, como abdome agudo infeccioso, abscesso, infecção necrosante de partes moles ou obstrução de vias biliares ou urinárias.

O transporte de pacientes com choque, vasopressor em curso ou via aérea avançada deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com monitorização

contínua e bomba de infusão, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

Pacientes com sepse ou choque séptico não recebem alta da UPA. A alta poderá ser considerada, a critério médico, somente para pacientes com infecção sem disfunção orgânica, estáveis, com reavaliação favorável, capacidade de adesão ao tratamento oral quando prescrito e acesso a seguimento na Atenção Primária à Saúde, com orientação por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato.

4.18 Registro em prontuário

- horário da triagem positiva e da abertura do protocolo (tempo zero);
- horários de coleta do lactato, das hemoculturas e dos exames;
- horário de início do antimicrobiano, medicamento, dose e via;
- volume de fluidos administrado, horários e reavaliações;
- horário de início, dose e titulação do vasopressor;
- sinais vitais, tempo de enchimento capilar, nível de consciência e diurese seriados;
- contato com a central de regulação, número da solicitação, horário de aceite e de saída do paciente;
- evolução e anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

A SSC 2026 recomenda programas de melhoria de desempenho em sepse, com triagem, procedimentos padronizados e monitoramento de indicadores. Recomenda-se o monitoramento institucional da adesão ao protocolo, do tempo entre a abertura do protocolo e o antimicrobiano, da coleta de hemoculturas antes do antimicrobiano e do tempo até a transferência.

4.19 Comunicação entre profissionais

- A abertura do protocolo deverá ser comunicada imediatamente ao médico, à farmácia e ao laboratório, conforme o fluxo de acionamento institucional.

- Resultados críticos (lactato elevado, culturas positivas posteriores) deverão ser comunicados imediatamente ao médico responsável e, após a transferência, ao serviço de destino.
- A comunicação com a central de regulação e com o serviço de destino deverá conter o foco provável, os horários da abertura do protocolo e do antimicrobiano, o volume de fluidos, o uso e a dose de vasopressor, os resultados disponíveis e as culturas coletadas.
- A passagem de caso entre turnos e na transferência deverá utilizar ferramenta estruturada de comunicação padronizada pela instituição (por exemplo, SBAR).

4.20 Segurança do paciente

- Identificação correta do paciente e das amostras coletadas.
- Verificação de alergias antes da primeira dose do antimicrobiano.
- Noradrenalina e demais vasopressores são medicamentos de alta vigilância: prescrição completa, diluição padronizada, bomba de infusão, rotulagem e dupla checagem.
- Prevenção de sobrecarga volêmica por meio de reavaliação a cada etapa de reposição.
- Higiene das mãos e técnica asséptica na coleta de culturas e na manipulação de dispositivos.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **CCIH** – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem

- **MEWS** – Modified Early Warning Score
- **NEWS** – National Early Warning Score
- **NEWS2** – National Early Warning Score 2
- **O2** – Oxigênio
- **PA** – Pressão arterial
- **PaCO2** – Pressão parcial arterial de dióxido de carbono
- **PAM** – Pressão arterial média
- **PAS** – Pressão arterial sistólica
- **qSOFA** – quick Sequential Organ Failure Assessment
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **Sepsis-3** – Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque Séptico
- **SIRS** – Síndrome de resposta inflamatória sistêmica
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **SSC** – Surviving Sepsis Campaign
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **UTI** – Unidade de terapia intensiva

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

EVANS, L. et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine, v. 47, n. 11, p. 1181-1247, 2021. DOI: 10.1007/s00134-021-06506-y.

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Protocolos gerenciados de sepse. São Paulo: ILAS.

PRESCOTT, H. C. et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. Critical Care Medicine, v. 54, n. 4, p. 725-812, 2026. DOI: 10.1097/CCM.0000000000007075.

PRESCOTT, H. C. et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. Intensive Care Medicine, v. 52, p. 863-936, 2026. DOI: 10.1007/s00134-026-08361-1.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. National Early Warning Score (NEWS) 2: standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London: RCP, 2017.

SINGER, M. et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, v. 315, n. 8, p. 801-810, 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.0287.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE SEPSE NA UPA

PACIENTE COM SUSPEITA DE INFECÇÃO OU PIORA CLÍNICA AGUDA

↓

TRIAGEM DE SEPSE (instrumento institucional – Anexo II)
Positiva → ABERTURA DO PROTOCOLO (TEMPO ZERO) + avaliação médica imediata

↓

ABCDE • monitorização • 2 acessos venosos • O2 se necessário

↓

LACTATO + HEMOCULTURAS + EXAMES (sem retardar o antimicrobiano)

↓

CHOQUE POSSÍVEL/PROVÁVEL OU SEPSE PROVÁVEL/DEFINIDA Antimicrobiano imediato, idealmente em até 1 h	SEPSE POSSÍVEL SEM CHOQUE Avaliação rápida; se persistir suspeita de infecção, antimicrobiano em até 3 h

↓

HIPOTENSÃO OU LACTATO ELEVADO?
SIM → cristaloide ≥ 30 mL/kg nas primeiras 3 h com reavaliação frequente

↓

HIPOTENSÃO PERSISTENTE (ou choque instável)?
SIM → NORADRENALINA (acesso periférico permitido) • PAM 65 mmHg (60–65 se ≥ 65 anos)

↓

REAVALIAÇÃO: PA, enchimento capilar, consciência, diurese, sobrecarga volêmica, lactato se elevado

↓

ACIONAR CENTRAL DE REGULAÇÃO • avaliar necessidade de controle de foco

↓

DESTINO: UTI (idealmente em até 6 h) / LEITO HOSPITALAR / SERVIÇO CIRÚRGICO – suporte avançado se choque