temporária de acesso a sistemas e informações, desligamento ou rescisão contratual e comunicação às autoridades competentes, sem prejuízo da responsabilização civil, administrativa e penal.

Parágrafo único. As sanções previstas neste capítulo não excluem as medidas previstas no Manual de Conduta Ética e na legislação vigente.

CAPÍTULO XIII. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. Esta política é divulgada a todos os profissionais no treinamento introdutório e reforçada anualmente, com registro de frequência.

Art. 35. Esta política é revisada anualmente e sempre que houver alteração relevante de legislação, de regulamentação aplicável, de sistema ou de infraestrutura.

Art. 36. Esta política entra em vigor na data do início da execução da parceria.

V.1.8.7 Demonstração de que a solução gera os dados necessários à apuração das metas e dos indicadores e à prestação de contas

O teste final deste projeto não é a satisfação do usuário do sistema, é a capacidade de a solução produzir, sem intervenção manual, cada número que a parceria manda medir e cada documento que a prestação de contas exige. As metas quantitativas e os indicadores de desempenho são apurados individualmente por unidade, com fórmula, marcos de contagem, critérios de exclusão e fonte de verificação definidos no Anexo II do Chamamento Público, vedada metodologia de cálculo diversa, e a completude do registro inferior a noventa e cinco por cento implica indicador não aferido (PALMAS, 2026). A solução é parametrizada exatamente por essas definições, de modo que o número apurado pela entidade e o número apurado pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas tenham a mesma origem.

Dessa parametrização resulta que cada indicador tem campo de origem, módulo de origem, marco e regra de exclusão embutidos na plataforma, e não calculados por planilha depois do fechamento. O número de atendimentos médicos registrados vem do módulo Faturamento e corresponde ao que é exportado ao sistema de informações ambulatoriais por Boletim de Produção Ambulatorial individualizado na competência, excluídos os registros duplicados, os de competência diversa e os sem identificação do

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

usuário. O número de acolhimentos com classificação de risco registrados vem do módulo SACR, pelo registro autônomo de uma das cinco cores com prioridade atribuída, excluídos os duplicados, os sem identificação do usuário e os sem atribuição de prioridade. O tempo porta-médico é calculado, para cada uma das cinco cores, entre o horário gravado pelo SACR e o horário do primeiro atendimento no módulo Urgência e Emergência, com exclusão dos usuários que deixaram a unidade antes do atendimento médico, desde que o evento esteja registrado. O tempo médio de permanência é apurado em três componentes, com os marcos de abertura e de desfecho do episódio para os casos sem exame e com exame, e com os marcos de admissão e de saída do módulo Internação, empregado na gestão dos leitos de observação, para o componente de observação. O intervalo entre a decisão médica de transferência e a solicitação ao regulador é calculado entre o marco lançado no prontuário pelo médico e o horário do registro no sistema do Complexo Regulador Estadual, lançado em campo próprio pelo escriturário do Núcleo Interno de Regulação. O retorno não programado em até quarenta e oito horas é apurado por cruzamento do identificador do usuário entre episódios da mesma unidade. A cobertura da classificação de risco na demanda espontânea é apurada episódio a episódio, pela razão entre os episódios com registro no SACR e os episódios de demanda espontânea abertos na recepção. E a satisfação do usuário é apurada pelo instrumento próprio descrito no item desta proposta que trata da ouvidoria e da pesquisa de satisfação, cujo resultado é consolidado pelo ouvidor e lançado para acompanhamento.

Os demais indicadores seguem a mesma lógica de campo e de marco. O tempo de permanência é apurado em três componentes isolados, o do usuário sem exames e o do usuário com ao menos um exame realizado, ambos entre o registro da classificação e o registro do desfecho, e o da permanência em observação, entre o registro da admissão em leito de observação e o registro da saída, com a identificação dos períodos decorrentes de indisponibilidade de vaga regulada. O tempo até o registro da solicitação de regulação é apurado entre o horário da decisão médica registrada no prontuário e o horário do registro da solicitação no sistema da regulação, par de marcos que o sistema mantém em campos distintos justamente para que o que depende da unidade não se confunda com o que depende da disponibilidade de vaga.

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

Os três indicadores restantes dependem de cruzamento e de amostra. O retorno não programado em até 48 horas é apurado episódio a episódio, pelo vínculo entre o novo atendimento e o desfecho anterior do mesmo usuário na mesma unidade, excluídos os retornos programados e registrados como tal no desfecho que os originou. A satisfação do usuário é apurada sobre as respostas válidas coletadas no período, com amostragem mínima correspondente a cinco por cento dos atendimentos realizados, e o instrumento e a metodologia são os submetidos à Comissão de Monitoramento e Avaliação. A cobertura da classificação de risco é apurada episódio a episódio, pelo cruzamento do registro de entrada por demanda espontânea com o registro da classificação, vedada a razão entre totais agregados, que produz resultado superior a cem por cento e não mede cobertura.

Além dos indicadores, a solução gera os documentos que instruem o relatório mensal de execução e monitoramento, o relatório trimestral consolidado e as prestações de contas parcial e final, discriminados por unidade, na forma do Anexo VIII do Chamamento Público e do rito do decreto municipal que regulamenta as parcerias no Município (PALMAS, 2026; PALMAS, 2021). São gerados pelo sistema o comparativo entre metas pactuadas e resultados alcançados, com os componentes do IN 1 e do IN 2; o demonstrativo da produção assistencial registrada e da origem dos usuários atendidos, com atendimentos médicos, acolhimentos com classificação de risco, reavaliações médicas, procedimentos de apoio diagnóstico, usuários em observação e transferências reguladas; o relatório da pesquisa de satisfação, com metodologia e amostragem alcançada; o relatório econômico-financeiro das despesas realizadas por grupo de despesa; o relatório sintético da folha de pagamento; o demonstrativo do fluxo de caixa da conta bancária específica; e o demonstrativo dos custos indiretos apropriados no mês, com a respectiva memória de rateio.

Para que esses documentos cheguem íntegros, a rotina de fechamento tem prazo e responsável. A conferência de completude é diária, com devolução nominal das pendências ao setor de origem no mesmo dia e complementação pelo profissional autor do ato em até 24 horas; o fechamento da competência ocorre até o quinto dia útil do mês seguinte, com confronto entre o extrato do prontuário eletrônico, o arquivo exportado ao sistema de informações ambulatoriais e a base do cadastro nacional de estabelecimentos; a extração dos indicadores e a montagem dos documentos ocorrem em seguida; e o

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

protocolo do relatório mensal na Superintendência de Atenção Especializada observa o dia 20 do mês subsequente à competência, em arquivo digital pesquisável e com os documentos organizados por unidade (PALMAS, 2026). O quadro seguinte reúne, por meta e por indicador, o campo de origem no sistema, os marcos e a exclusão aplicada.

Quadro 113 - Metas e indicadores pactuados, campo de origem no sistema, marcos de contagem e exclusão

Meta ou indicador	Campo de origem no sistema	Marcos de contagem	Exclusão aplicada pelo sistema
Atendimentos médicos registrados	Módulo de produção, com o procedimento lançado e o profissional executante cadastrado	Competência do mês de apuração	Registros duplicados, de competência diversa e sem identificação do usuário
Acolhimentos com classificação de risco registrados	Registro autônomo de classificação de risco, com prioridade atribuída	Competência do mês de apuração	Registros duplicados, sem identificação do usuário e sem atribuição de prioridade
Tempo porta-médico por classificação de risco	Horário da classificação e horário do primeiro atendimento médico	Do registro da classificação ao registro do primeiro atendimento médico, por cor	Usuários que deixaram a unidade antes do atendimento médico, com evento registrado, e registros incompletos
Permanência do usuário sem realização de exames	Horário da classificação, horário do desfecho e ausência de exame vinculado ao episódio	Do registro da classificação ao registro do desfecho	Usuários encaminhados à observação, usuários com ao menos um exame e registros incompletos
Permanência do usuário com realização de exames	Horário da classificação, horário do desfecho e exame vinculado ao episódio, com liberação do resultado	Do registro da classificação ao registro do desfecho	Usuários encaminhados à observação e registros incompletos
Permanência em observação	Horário da admissão em leito de observação e horário da saída, com motivo	Da admissão em leito de observação à saída por alta, transferência ou óbito	Registros incompletos, com identificação dos períodos decorrentes de indisponibilidade de vaga regulada
Tempo até o registro da solicitação de regulação	Horário da decisão médica de transferência e horário do registro da solicitação, com protocolo	Da decisão médica registrada ao registro da solicitação no sistema da regulação	Solicitações canceladas por decisão clínica antes do registro e registros incompletos
Retorno não programado em até 48 horas	Vínculo entre o novo episódio e o desfecho anterior do mesmo usuário na mesma unidade	Das 48 horas contadas do desfecho anterior	Retornos programados e registrados como tal no desfecho anterior e registros incompletos
Satisfação do usuário	Módulo de pesquisa de satisfação, com respostas válidas e vínculo ao período	Respostas válidas coletadas no período de apuração	Respostas em branco, ilegíveis, com múltiplas marcações na mesma questão ou coletadas fora do período

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

Meta ou indicador	Campo de origem no sistema	Marcos de contagem	Exclusão aplicada pelo sistema
Cobertura da classificação de risco na demanda espontânea	Registro de entrada por demanda espontânea e registro da classificação, cruzados episódio a episódio	Episódios iniciados por demanda espontânea no período	Reavaliações, avaliação de exames e de eletrocardiograma, resultado de radiografia, monitoramento em regulação e procedimentos

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Anexo II do Edital de Chamamento Público nº 001/2026, reproduzidas as fórmulas, os marcos e os critérios de exclusão sem alteração.

Quadro 114 - Documentos da prestação de contas gerados pela solução, módulo de origem, periodicidade e responsável

Documento	Módulo de origem	Periodicidade	Responsável pela geração e conferência
Comparativo entre metas pactuadas e resultados alcançados, com os componentes do IN 1 e do IN 2, por unidade	Relatórios gerenciais e painel	Mensal e trimestral	Coordenador de qualidade e informação
Demonstrativo da produção assistencial registrada e da origem dos usuários atendidos, por unidade	Produção e faturamento, com o campo de município de residência	Mensal e trimestral	Analista de faturamento e informação
Relatório da pesquisa de satisfação, com metodologia e amostragem alcançada	Pesquisa de satisfação	Mensal, com apuração trimestral do indicador	Coordenador de qualidade e informação, com a ouvidoria da unidade
Relatório econômico-financeiro das despesas realizadas, por unidade e por grupo de despesa	Custos e centros de custo, integrado ao financeiro	Mensal	Coordenador administrativo
Relatório sintético da folha de pagamento	Sistema de gestão de pessoas, integrado aos centros de custo	Mensal	Coordenador administrativo
Demonstrativo do fluxo de caixa da conta bancária específica	Financeiro, com conciliação da conta específica da parceria	Mensal	Coordenador administrativo
Demonstrativo dos custos indiretos apropriados no mês, com memória de rateio	Custos e centros de custo	Mensal	Coordenador administrativo
Memórias de cálculo da apuração do IN 1 e do IN 2, por unidade, com meta, resultado e percentual de consecução	Relatórios gerenciais e painel	Trimestral	Coordenador de qualidade e informação
Taxa de completude do registro por indicador e por unidade	Conferência de completude dos marcos e dos campos obrigatórios	Diária, com fechamento mensal	Analista de faturamento e informação

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

Documento	Módulo de origem	Periodicidade	Responsável pela geração e conferência
Relação dos eventos de indisponibilidade de sistema, com causa, duração e providência	Registro de ocorrências e chamados de suporte	Mensal	Responsável pela tecnologia da informação

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Anexo VIII do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

A consequência de parametrizar o sistema pelas definições oficiais é que a discussão sobre o resultado deixa de ser uma discussão sobre metodologia. Quando a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas e a entidade apuram o mesmo indicador, partem do mesmo campo, do mesmo marco e da mesma exclusão, e a divergência que eventualmente apareça é de registro e não de cálculo, podendo ser localizada episódio a episódio. É por isso que a taxa de completude é acompanhada diariamente e reportada mensalmente por indicador e por unidade, e é por isso que a entidade preserva a evidência documental dos eventos de indisponibilidade de sistemas municipais, de modo que a ausência de marco por falha comprovada desses sistemas não seja computada contra a execução.

V.1.8.8 Dicionário de dados dos indicadores e painel de acompanhamento

Um indicador só é auditável quando se sabe de que campo ele vem, qual o seu tipo, se o seu preenchimento é obrigatório e qual regra o valida. O dicionário de dados é o instrumento que fixa isso, é construído na fase de consolidação da implantação, é entregue à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas e acompanha a devolução das bases ao término da parceria, junto com o inventário e as trilhas de auditoria, na forma já disciplinada nesta proposta. Ele é mantido atualizado a cada alteração de parametrização da solução, com controle da data da alteração e do responsável.

Sobre o dicionário se constrói o painel, que é o instrumento de gestão do dia a dia e não um relatório de fim de mês. O painel tem três visões. A visão diária, disponível à direção de cada unidade todas as manhãs, mostra os episódios do dia anterior, os marcos de horário ausentes por setor, os tempos porta-médico por cor, os usuários em observação com o tempo decorrido e os exames fora do tempo de resposta comprometido. A visão semanal mostra a série dos sete dias, com comparação entre turnos e entre dias da semana,

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

e sustenta a decisão de reforço no plantão diurno e na segunda-feira, que é o dia de maior procura nas duas unidades (PALMAS, 2026). A visão mensal mostra o resultado de cada indicador pactuado, por unidade, com a taxa de completude e o posicionamento em relação à meta.

O painel é ligado às faixas de alerta interno já definidas nesta proposta, de modo que o número produza ação e não apenas leitura. Quando um indicador entra em faixa de alerta, o painel identifica o responsável pela ação corretiva e a data-limite, e a ação registrada é verificada na visão seguinte, com o resultado da verificação visível ao lado do indicador. A visão mensal é a base do relatório mensal de execução e monitoramento, e a visão trimestral consolida as memórias de cálculo da apuração do IN 1 e do IN 2 por unidade. O acesso ao painel é concedido por perfil, com acesso integral assegurado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, na forma exigida pelo Termo de Referência.

Para que o painel seja confiável, o dicionário precisa alcançar não apenas os campos dos indicadores, mas as regras que impedem o registro inválido, porque é a regra de tela que produz o dado consistente e não a correção posterior. O quadro seguinte reúne os campos de que dependem as metas e os indicadores pactuados, com o tipo do dado, a obrigatoriedade, a regra de validação aplicada na tela e o setor que o origina, e é esse conjunto que a entidade entrega à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas na consolidação da implantação. A alteração de qualquer dessas regras depende de validação do coordenador de qualidade e informação e do responsável técnico da área afetada, com registro da data, da justificativa e do responsável, e o dicionário é atualizado no mesmo ato, de modo que não exista campo em produção com regra diferente da documentada.

Quadro 115 - Dicionário de dados dos campos de que dependem as metas e os indicadores pactuados

Campo	Tipo	Obrigatoriedade	Regra de validação na tela	Setor de origem
Número do atendimento	Numérico sequencial	Gerado pelo sistema	Único por episódio, vedada a reutilização, com vínculo de todos os lançamentos	Recepção
Identificação do usuário e Cartão Nacional de Saúde	Texto e numérico	Obrigatório	Episódio não aberto sem identificação ou sem identificação provisória sequencial registrada como tal	Recepção

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

Campo	Tipo	Obrigatoriedade	Regra de validação na tela	Setor de origem
Município de residência	Lista de municípios	Obrigatório	Seleção em lista, sem campo livre, para apuração da origem da demanda	Recepção
Origem da demanda, espontânea ou encaminhada	Lista fechada	Obrigatório	Seleção em lista, base do denominador da cobertura da classificação de risco	Recepção
Horário de chegada	Data e hora	Gerado pelo sistema	Registrado na abertura, sem edição posterior	Recepção
Cor da classificação de risco	Lista de cinco cores	Obrigatório	Classificação não salva sem cor e sem horário, em registro autônomo	Classificação de risco
Horário da classificação de risco	Data e hora	Gerado no ato do registro	Lançado no momento do registro, sem edição posterior, com identificação do enfermeiro	Classificação de risco
Horário do primeiro atendimento médico	Data e hora	Gerado na abertura da anotação médica	Lançado na abertura da anotação, sem edição posterior	Consultório, estabilização ou observação
Codificação diagnóstica e de procedimento	Lista oficial de códigos	Obrigatório	Episódio não encerrado sem codificação, com validação contra a tabela vigente	Atendimento médico
Horário da admissão e da saída da observação, com leito e motivo	Data e hora, lista de leitos e lista de motivos	Obrigatório na movimentação	Movimentação de leito exige horário, leito e motivo, com atualização do mapa	Observação
Exame vinculado ao episódio, com horário de coleta e de liberação	Data e hora e lista de exames	Obrigatório quando houver exame	Resultado liberado por profissional habilitado, com sinalização de resultado crítico	Laboratório, radiologia e ultrassonografia
Horário da decisão médica de transferência e justificativa	Data e hora e texto	Obrigatório na transferência	Decisão não salva sem horário e sem justificativa clínica	Atendimento médico
Horário do registro da solicitação na regulação e protocolo	Data e hora e texto	Obrigatório na transferência	Campo próprio, distinto do horário da decisão, com número de protocolo	Enfermeiro coordenador de plantão
Desfecho do episódio	Lista fechada de desfechos	Obrigatório	Episódio não encerrado sem desfecho, com registro de evasão e do horário da constatação	Atendimento médico
Natureza do retorno, programado ou não programado	Lista fechada	Obrigatório no desfecho	Retorno programado registrado como tal no desfecho anterior, condição da exclusão	Atendimento médico

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

Campo	Tipo	Obrigatoriedade	Regra de validação na tela	Setor de origem
Resposta da pesquisa de satisfação	Lista fechada de respostas	Obrigatório na coleta	Resposta única por questão, com validação de período e de resposta em branco	Ouvidoria da unidade

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do Anexo II do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

O dicionário e o painel são medidos por dois indicadores internos de gestão: entrega do dicionário de dados atualizado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas na consolidação da implantação e a cada alteração de parametrização, acompanhada como entrega e não como percentual; e percentual de ações corretivas disparadas por faixa de alerta com responsável, prazo e verificação registrados no painel, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa por cento. A apuração é do coordenador de qualidade e informação, a validação é da direção da unidade e o resultado integra o relatório mensal de execução e monitoramento.

Figura 45 - O painel diário de acompanhamento e o que ele dispara



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

V.1.8.9 Suporte técnico nas 24 horas e níveis de serviço

Uma unidade que não fecha precisa de suporte que não fecha, e suporte sem prazo escrito é suporte que chega depois do plantão. O desenho adotado tem dois níveis, com responsabilidades distintas e sem zona cinzenta entre eles. O primeiro nível é da entidade e é presencial: cada unidade conta com técnico de informática em regime de escala que cobre as vinte e quatro horas, responsável pelo atendimento imediato das ocorrências de

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

estação de trabalho, de periférico, de rede local, de credencial e de uso do sistema, e pela abertura e pelo acompanhamento do chamado quando a causa estiver fora do seu alcance. O segundo nível é do fabricante da plataforma e alcança o ambiente de hospedagem, o canal de rede privada virtual, o comportamento dos módulos e as integrações, com os prazos de atendimento fixados no instrumento de subscrição e serviços de suporte firmado pela entidade.

A articulação entre os dois níveis é o que evita o chamado que fica parado entre as partes. Todo chamado nasce no primeiro nível, inclusive quando a causa é evidentemente do fabricante, porque é o técnico de informática da unidade quem classifica a criticidade pelo efeito sobre a assistência, registra o horário de início da indisponibilidade e acompanha o atendimento até o encerramento. O supervisor corporativo de tecnologia da informação é acionado em toda ocorrência crítica, responde pelo escalonamento junto ao fabricante e comunica a direção da unidade e o Gestor da Parceria quando a indisponibilidade ultrapassar os prazos declarados. O encerramento do chamado depende de confirmação do solicitante, e nenhum chamado é encerrado por decurso de prazo.

A criticidade do chamado é definida pelo efeito sobre a assistência e não pela percepção de quem abre. É crítico o chamado que impeça o registro da classificação de risco, o atendimento médico, a prescrição, a dispensação, a liberação de resultado de exame ou a solicitação de transferência, em uma unidade ou nas duas; é alto o que degrade essas funções sem impedi-las, ou que impeça função de apoio com efeito assistencial, como o mapa de leitos ou a baixa de estoque; é médio o que afete função administrativa, de relatório ou de painel; e é baixo o que trate de dúvida de uso, de solicitação de configuração ou de melhoria. A classificação inicial é feita pelo primeiro nível e revisada pelo segundo, e a reclassificação é registrada no próprio chamado.

Todo chamado deixa registro, e é desse registro que sai a medição do suporte. O chamado contém a unidade, o setor, o módulo ou o componente afetado, a descrição do problema, a criticidade, o horário de abertura, o horário do primeiro atendimento, o horário da solução, as ações executadas, o nível que o resolveu e a identificação do solicitante e do atendente. O chamado crítico é comunicado de imediato à direção da unidade e, quando a indisponibilidade alcançar o registro assistencial, aciona a

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

contingência em papel, com registro de ocorrência na forma já disciplinada nesta proposta. O chamado reincidente sobre o mesmo componente em três ocorrências no mesmo mês é tratado como problema, com análise de causa e plano de ação, e não como mais um atendimento. O quadro seguinte reúne a criticidade, o prazo de atendimento, o prazo de solução e o escalonamento.

Quadro 116 - Níveis de serviço do suporte técnico, por criticidade

Criticidade	Situação	Prazo de atendimento	Prazo de solução	Escalonamento
Crítica	Impedimento do registro de classificação de risco, do atendimento médico, da prescrição, da dispensação, da liberação de resultado ou da solicitação de transferência	Até 15 minutos	Até 2 horas	Comunicação imediata à direção da unidade e, não solucionado em 2 horas, à área corporativa de tecnologia da informação e ao fornecedor
Alta	Degradação dessas funções sem impedi-las, ou impedimento de função de apoio com efeito assistencial, como mapa de leitos e baixa de estoque	Até 30 minutos	Até 4 horas	Não solucionado em 4 horas, escalonamento ao segundo nível com comunicação à direção da unidade
Média	Função administrativa, de relatório ou de painel indisponível ou com erro	Até 4 horas	Até 24 horas	Não solucionado em 24 horas, escalonamento ao segundo nível
Baixa	Dúvida de uso, solicitação de configuração ou proposta de melhoria	Até 24 horas	Até 5 dias úteis	Consolidação em relação de demandas apreciada mensalmente pela direção da unidade
Entrada em produção e primeiros 15 dias	Qualquer criticidade, no período de acompanhamento presencial reforçado	Imediato, com equipe de apoio presente nos dois turnos	Prazo da criticidade, reduzido pela presença da equipe de apoio	Acompanhamento diário pela direção da unidade, com relatório da fase
Chamado reincidente	Três ocorrências sobre o mesmo componente no mesmo mês	Prazo da criticidade	Prazo da criticidade	Tratamento como problema, com análise de causa e plano de ação acompanhado pela direção da unidade

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O suporte é medido por quatro indicadores internos de gestão: percentual de chamados atendidos no prazo da sua criticidade, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e cinco por cento; percentual de chamados solucionados no prazo da sua criticidade, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa por cento; disponibilidade mensal do prontuário eletrônico, apurada em percentual das horas do mês, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e nove por cento; e percentual de chamados críticos com registro de ocorrência e comunicação à direção da unidade, com

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

meta interna de gestão igual ou superior a noventa e cinco por cento. A apuração é do responsável pela tecnologia da informação, a validação é do coordenador de qualidade e informação e o resultado, com a relação dos chamados críticos e dos eventos de indisponibilidade do período, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

Operar com esse desenho significa que a informação das duas unidades deixa de depender da memória do plantão e passa a depender de campos obrigatórios, marcos lançados no ato, exportações com comprovante, cópias testadas e chamados com prazo. É essa cadeia que sustenta a completude de noventa e cinco por cento de que a aferição dos indicadores depende, e é ela que permite à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas acompanhar a execução em tempo real, sem pedir à entidade o número que o sistema já entrega. A consequência para a gestão das duas unidades é direta, porque a discussão mensal com o Gestor da Parceria passa a tratar da causa do desvio assistencial, e não da origem ou da confiabilidade do dado que o revelou.

Processos e manuais

V.1.9 Manual de protocolos assistenciais de urgência

Protocolo que fica no arquivo não salva ninguém. O que muda o desfecho em uma porta de urgência é a existência de uma conduta escrita, conhecida pela equipe, disparada por um gatilho objetivo e cobrada por um indicador. Por isso este manual não é uma coletânea de recomendações: cada protocolo adiante é documento institucional da Associação Saúde em Movimento, escrito, emitido com data e versão, assinado pelos responsáveis técnicos, revisado em ciclo definido e já em aplicação em unidades sob gestão da entidade (ASM, 2026f). Todos são aqui reproduzidos na íntegra, com as adaptações exigidas pela realidade das UPAs 24 horas Norte e Sul. Os protocolos institucionais assistenciais integram os **Anexos XIV a XXXVII**.

Os protocolos compartilham a mesma arquitetura, o que não é detalhe de formatação e sim condição de uso: a equipe que aprende um aprendeu todos. Cada um tem objetivo, abrangência com as competências de cada categoria, definições, sequência operacional, reconhecimento e identificação inicial, critérios clínicos, avaliação inicial,

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

classificação de risco, avaliação primária, exames, monitorização, condutas iniciais, tratamento, terapia medicamentosa, procedimentos, critérios de gravidade, de estabilização, de observação, de transferência, de encaminhamento a maior complexidade e de alta, registro em prontuário, comunicação entre profissionais, segurança do paciente e referências técnicas. A uniformidade dessa sequência é o que permite que um profissional recém-admitido localize, em qualquer protocolo, a informação de que precisa no plantão.

A aderência a cada protocolo é medida, e não presumida. Cada protocolo deste manual tem meta numérica de aderência, auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico da unidade, em amostra mínima de trinta prontuários por protocolo e por unidade, ou na totalidade dos episódios quando o volume mensal for inferior a trinta, com parecer registrado em ata da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários. A perda do tempo-alvo de qualquer protocolo não espera o fechamento do mês para aparecer: gera, no mesmo plantão, registro de não conformidade no prontuário eletrônico e comunicação ao enfermeiro coordenador do plantão, que a repassa na passagem de plantão.

Resultado abaixo da meta tem consequência definida e prazo curto. O Responsável Técnico da área, médico ou de enfermagem conforme a natureza do protocolo, apresenta plano de ação em até cinco dias úteis do fechamento do indicador, com causa identificada, medida corretiva, responsável nominado e prazo de reavaliação, homologado pelo Núcleo de Segurança do Paciente e reavaliado no mês seguinte. A reincidência por dois meses consecutivos leva o caso à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários e ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, para capacitação dirigida ao turno e à categoria em que a falha se concentrou, porque falha concentrada não se corrige com treinamento genérico.

Esse acompanhamento interno chega ao gestor público em documento único. Os indicadores de aderência de todos os protocolos, por unidade, integram o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde até o dia vinte do mês seguinte, com o resultado apurado, a comparação com a meta, as não conformidades identificadas e o estágio de cada plano de ação em curso. A consolidação é do responsável administrativo da unidade, a partir dos dados validados pelos

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

Responsáveis Técnicos Médico e de Enfermagem, e o mesmo conjunto é consolidado trimestralmente para a Comissão de Monitoramento e Avaliação.

Resta distinguir o que é instrumento próprio de gestão do que é obrigação pactuada. Os indicadores internos de gestão descritos nesta proposta e as faixas de alerta interno são instrumento da Associação Saúde em Movimento, fixados acima do patamar pactuado para antecipar ação corretiva. Não integram o conjunto de metas e indicadores pactuados, não alteram patamar, fórmula, marco de contagem ou critério de exclusão, não produzem efeito financeiro e não são oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde (PALMAS, 2026). As metas internas que ainda não têm série histórica das duas unidades são recalibradas após a formação da linha de base dos três primeiros meses de execução.

V.1.9.1 Protocolo de acolhimento com classificação de risco

A classificação de risco é o primeiro protocolo do manual porque é o que ordena todos os demais. É ela que decide quem passa na frente, e é o seu registro que fornece o marco inicial do tempo porta-médico, aferido nesta parceria em cinco cores (PALMAS, 2026). A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 117 - Folha de identificação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Classificação de Risco
Tipo de documento	Protocolo assistencial institucional da Associação Saúde em Movimento
Emissão e revisão	Emitido em 21 de setembro de 2026, com próxima revisão prevista para 21 de setembro de 2028
Elaboração	Gerente Assistencial e enfermeira responsável técnica, com a farmacêutica responsável técnica
Revisão	Médico responsável técnico
Aprovação	Superintendência Assistencial Corporativa
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, salas de classificação de risco, consultórios, área de espera, área de observação e sala de estabilização
Responsáveis técnicos na aplicação	Responsável Técnico de Enfermagem de cada unidade, com revisão do Responsável Técnico Médico
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou mudança normativa
Documento comprobatório	Protocolo assinado, que está no **Anexo XIV, Protocolo institucional de Classificação de Risco**

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

Campo	Conteúdo
Assinaturas	Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Responsável Técnico Médico: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o acolhimento e a classificação de risco de todo usuário que procura a unidade por demanda espontânea, assegurando que a ordem de atendimento seja determinada pela gravidade e pelo risco, e não pela ordem de chegada, e que cada episódio tenha cor e horário registrados (ASM, 2026b). A classificação é privativa do enfermeiro, que a executa em sala própria, com os equipamentos necessários à aferição de sinais vitais e com acesso ao prontuário eletrônico, na competência que a norma profissional lhe atribui (COFEN, 2021). O técnico de enfermagem apoia a aferição e o encaminhamento, e o médico é acionado imediatamente diante de qualquer cor vermelha ou de agravamento identificado na reavaliação.

O ato de classificar tem passos fixos. O enfermeiro identifica a queixa de apresentação, aplica os discriminadores correspondentes, afere os sinais vitais pertinentes, avalia a dor por escala adequada à idade e atribui a cor. A classificação é registrada no prontuário eletrônico com a cor, o horário, a queixa, os discriminadores utilizados e os sinais vitais aferidos, e esse registro é autônomo, porque dele parte a contagem do tempo até o primeiro atendimento médico. Nenhum usuário é classificado sem registro, e nenhum registro é feito depois do plantão, de modo que a cor e o horário correspondam sempre ao momento da avaliação.

As cores e os tempos-alvo são os da parceria, sem régua paralela. A cor vermelha corresponde à emergência, com atendimento médico imediato; a laranja, à muito urgente, com atendimento em até 10 minutos; a amarela, à urgente, em até 60 minutos; a verde, à pouco urgente, em até 120 minutos; e a azul, à não urgente, em até 240 minutos (PALMAS, 2026). Esses tempos são os mesmos aferidos como indicador, e a unidade não opera com parâmetro interno diferente do contratual, justamente para que o que a equipe persegue no plantão seja o que a Comissão de Monitoramento e Avaliação vai medir no trimestre.

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

A classificação não é um ato único, e quem espera continua sendo avaliado. O enfermeiro classificador reavalia cada usuário dentro do tempo-alvo da sua categoria enquanto aguardar atendimento médico, o que significa a cada dez minutos na cor laranja, a cada sessenta na amarela, a cada cento e vinte na verde e a cada duzentos e quarenta na azul, e imediatamente diante de queixa de piora do usuário ou do acompanhante, sem prejuízo da ronda horária da sala de espera, que alcança todos os que aguardam, com registro de cada reavaliação no prontuário eletrônico contendo horário, sinais vitais e manutenção ou mudança de cor. O cumprimento é indicador do protocolo, com meta de noventa por cento ou mais das reavaliações devidas realizadas no intervalo, apurado por amostra mensal de trinta episódios por unidade sob responsabilidade do Responsável Técnico de Enfermagem.

O que essa reavaliação produz, quando encontra algo, é mudança de cor e de prazo. A piora identificada gera reclassificação para cor mais grave, com novo horário, e o atendimento passa a observar o tempo-alvo da nova cor. A atribuição de cor menos grave somente ocorre mediante nova avaliação completa pelo enfermeiro, com registro da justificativa clínica, e é tratada como correção de superclassificação, hipótese que o protocolo manda notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente do mesmo modo que a subclassificação.

Alguns quadros não comportam espera nem para serem classificados. O usuário com parada cardiorrespiratória, obstrução de via aérea, rebaixamento importante do nível de consciência, insuficiência respiratória grave, choque, convulsão em curso, hemorragia exsanguinante ou trauma grave não aguarda classificação: entra direto na sala de estabilização, e a classificação é registrada em seguida, sem prejuízo do atendimento. A classificação é também o ponto em que se abrem os protocolos de tempo crítico: dor torácica, suspeita de acidente vascular cerebral, triagem positiva de sepse, trauma grave, crise convulsiva e crise em saúde mental têm abertura de protocolo no próprio posto de classificação, com acionamento imediato do médico, independentemente da cor atribuída.

A classificação é ato clínico, mas também é o primeiro contato humano da unidade com quem chega. O enfermeiro se apresenta, explica a cor atribuída, informa o tempo estimado de espera e orienta o usuário e o acompanhante a procurarem a equipe diante de piora (ASM, 2026e). A informação sobre a ordem por gravidade é a principal medida de

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

prevenção de conflito na espera, porque quem entende por que alguém passou à frente deixa de interpretar a prioridade como privilégio. Esse mesmo diálogo é o que faz chegar à equipe a piora que o usuário percebe antes do relógio da reavaliação.

Da classificação saem quatro medidas que o gestor acompanha: a cobertura da classificação de risco sobre a demanda espontânea, o tempo porta-médico por cor, a taxa de reclassificação e a completude do registro. Esses números são acompanhados diariamente pelo enfermeiro coordenador do plantão, que corrige no mesmo turno a ausência de registro e a reavaliação não realizada, e são consolidados no relatório mensal encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde. Falha de cobertura ou de tempo-alvo abre plano de ação sob responsabilidade do Responsável Técnico de Enfermagem, com acompanhamento na Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, observadas as normas de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014), de processo de enfermagem (COFEN, 2024) e de organização da rede de urgência (BRASIL, 2017d).

V.1.9.2 Protocolo de dor torácica e síndrome coronariana aguda

Na dor torácica o relógio começa a correr na porta, não no consultório. O eletrocardiograma em até 10 minutos do primeiro contato é o que separa o infarto reconhecido do infarto perdido (SBC, 2025b), e a unidade dispõe de eletrocardiografia nas vinte e quatro horas nas duas portas (PALMAS, 2026). A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 118 - Folha de identificação do Protocolo de Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda

Campo	Conteúdo
Título	Paciente com Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda
Tipo de documento	Protocolo assistencial institucional da Associação Saúde em Movimento
Emissão e revisão	Emitido em 2 de março de 2026, revisão 01 de 28 de setembro de 2026, versão 01, com próxima revisão prevista para 28 de setembro de 2028
Elaboração	Médico responsável técnico
Revisão	Gerente Assistencial
Aprovação	Superintendência Assistencial Corporativa
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, consultórios, sala de estabilização e área de observação, nas vinte e quatro horas
População	Usuário adulto com dor torácica aguda ou com quadro equivalente de suspeita de síndrome coronariana aguda

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

Campo	Conteúdo
Responsáveis técnicos na aplicação	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Instrumentos próprios do protocolo	Classificação de Killip, escore HEART, escore GRACE e lista de verificação de contraindicações à fibrinólise
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, de atualização de diretriz ou de alteração da rede de referência
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XX, Protocolo de Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda**
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o reconhecimento, a avaliação inicial, a estratificação de risco, o tratamento inicial e a definição do destino do usuário adulto com dor torácica aguda e suspeita de síndrome coronariana aguda, com ênfase na realização e interpretação do eletrocardiograma em até 10 minutos do primeiro contato, na identificação precoce do infarto com supradesnivelamento do segmento ST e de seus equivalentes, na terapia de reperfusão em tempo oportuno e na transferência segura (SBC, 2025b). O protocolo também orienta a identificação dos diagnósticos diferenciais com risco imediato de morte, entre eles a dissecção aguda de aorta, o tromboembolismo pulmonar, o pneumotórax hipertensivo e o tamponamento cardíaco, porque alguns deles contraindicam exatamente o tratamento que a suspeita de infarto indicaria.

As competências são atribuídas por categoria, e não pela disponibilidade do plantão. O médico faz a avaliação clínica, a interpretação do eletrocardiograma, a solicitação de exames, a prescrição, a indicação e a execução da terapia fibrinolítica, a estratificação de risco, o contato com o Complexo Regulador Estadual e a definição do destino. O enfermeiro faz a classificação de risco, abre o protocolo de dor torácica, aciona imediatamente o médico, planeja e supervisiona a assistência de enfermagem, administra os medicamentos prescritos, monitora e registra (COFEN, 2021; COFEN, 2024). O técnico de enfermagem afere sinais vitais, realiza o eletrocardiograma, executa as demais atividades sob supervisão do enfermeiro, monitora e registra. O farmacêutico garante a disponibilidade dos medicamentos do protocolo, dispensa, confere doses, interações e contraindicações, e apoia as práticas seguras com medicamentos de alta vigilância. A

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

equipe de recepção encaminha imediatamente o usuário com dor torácica à classificação, sem aguardar a conclusão do cadastro administrativo.

As definições do protocolo existem para que o diagnóstico eletrocardiográfico não dependa de interpretação pessoal. Síndrome coronariana aguda é o conjunto de apresentações clínicas decorrentes de isquemia miocárdica aguda, que compreende a angina instável, o infarto sem supradesnivelamento do segmento ST e o infarto com supradesnivelamento do segmento ST. Este último é caracterizado por supradesnivelamento persistente medido no ponto J em duas ou mais derivações contíguas, com valores iguais ou superiores a 1 milímetro em todas as derivações, exceto V2 e V3, nas quais os limites são de 2 milímetros em homens com 40 anos ou mais, 2,5 milímetros em homens com menos de 40 anos e 1,5 milímetro em mulheres (SBC, 2025b).

Ao lado desse critério, o protocolo relaciona os padrões que valem como equivalentes, conduzidos como tal a critério médico: o infradesnivelamento em V1 a V3 ou V4 sugestivo de infarto posterior, a ser confirmado com V7 a V9; o bloqueio de ramo esquerdo ou o ritmo de marcapasso com critérios sugestivos de isquemia aguda; o padrão de de Winter; e o supradesnivelamento em aVR com infradesnivelamento difuso em usuário instável. Define ainda os três tempos que organizam o atendimento: tempo porta-eletrocardiograma é o intervalo entre a chegada e a realização do traçado, com meta de até 10 minutos; tempo porta-agulha é o intervalo entre a chegada e o início da fibrinólise; e estratégia fármaco-invasiva é a fibrinólise no serviço de primeiro atendimento seguida de transferência para serviço com hemodinâmica. A sequência decorrente é reconhecimento, classificação de risco com eletrocardiograma em até 10 minutos, avaliação primária e estabilização, diagnóstico eletrocardiográfico e clínico, tratamento inicial e reperfusão quando indicada, reavaliação e definição do destino.

O gatilho de abertura é deliberadamente amplo, porque o custo de abrir um protocolo a mais é menor que o de perder um infarto. Abre-se o protocolo de dor torácica, na recepção ou na classificação, para todo usuário com dor ou desconforto atual localizado entre a cicatriz umbilical e a mandíbula; com dor torácica de duração superior a 10 minutos, ainda que ausente no momento da chegada; ou com sintomas possivelmente equivalentes à isquemia, como dispneia, sudorese, náuseas, síncope, epigastralgia ou dor

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

em membros superiores, dorso ou mandíbula, com atenção redobrada em idosos, mulheres, pessoas com diabetes e pessoas com doença renal crônica.

Aberto o protocolo, a primeira pergunta clínica não é qual o tipo de infarto, e sim se o quadro é outro. A dissecção aguda de aorta se apresenta com dor súbita, intensa e lancinante, irradiada para o dorso, com assimetria de pulsos ou de pressão entre membros, déficit neurológico ou sopro de insuficiência aórtica, e a suspeita contraindica antiagregante, anticoagulante e fibrinolítico até a exclusão. O tromboembolismo pulmonar cursa com dispneia, taquicardia, hipoxemia e fatores de risco para tromboembolismo venoso. O pneumotórax hipertensivo, com dispneia intensa, murmúrio abolido unilateralmente e instabilidade. O tamponamento cardíaco, com hipotensão, turgência jugular e abafamento de bulhas. A ruptura esofágica, com dor após vômitos intensos e enfisema subcutâneo.

A avaliação inicial é cronometrada e documentada. Realiza-se eletrocardiograma de 12 derivações em até 10 minutos do primeiro contato, com interpretação médica imediata e com identificação do usuário, data e horário no traçado. Quando o traçado inicial não for diagnóstico e o usuário permanecer sintomático ou houver alta suspeição, repetem-se traçados seriados, inclusive a cada recorrência ou mudança dos sintomas, em intervalo de 15 a 30 minutos na primeira hora, na forma admitida pela diretriz norte-americana (ACC; AHA, 2025). Realizam-se derivações direitas em todo infarto de parede inferior e derivações posteriores diante de infradesnivelamento em V1 a V3 ou de suspeita de infarto posterior. Aferem-se pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação e glicemia capilar, com pressão nos dois membros superiores diante de suspeita de dissecção. O exame físico dirigido pesquisa congestão pulmonar, hipoperfusão, sopros, atrito pericárdico e assimetria de pulsos, com classificação de Killip, reproduzida adiante.

A classificação de Killip e o escore HEART são os dois instrumentos que o protocolo nomina, e deles dependem a leitura da gravidade e a decisão de destino. A classe de Killip é atribuída no exame físico dirigido da avaliação inicial e distingue o usuário sem sinais de insuficiência cardíaca daquele que já os apresenta, em quatro classes de gravidade crescente. O escore HEART soma cinco componentes, cada um valendo de zero a dois pontos, e separa o usuário de baixo risco, que pode receber alta orientada,

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

daquele que exige observação prolongada ou transferência para investigação complementar. Os dois escores são registrados no prontuário eletrônico, com horário, pelo médico que os aplicou.

Quadro 119 - Classificação de Killip no infarto agudo do miocárdio

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

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor torácica e síndrome coronariana aguda.

Quadro 120 - Escore HEART de estratificação do usuário com dor torácica

Componente	0 ponto	1 ponto	2 pontos
História	Pouco suspeita	Moderadamente suspeita	Altamente suspeita
Eletrocardiograma	Normal	Alteração inespecífica da repolarização	Infradesnivelamento de ST significativo
Idade	Menor que 45 anos	De 45 a 64 anos	65 anos ou mais
Fatores de risco	Nenhum	Um ou dois fatores	Três ou mais fatores, ou doença aterosclerótica conhecida
Troponina	Até o limite de normalidade	De 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

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor torácica e síndrome coronariana aguda e de Six, Backus e Kelder (2008).

Em paralelo ao traçado corre a avaliação primária. Na via aérea, permeabilidade e proteção. Na respiração, frequência, esforço, ausculta e saturação, com oxigênio apenas se a saturação for inferior a 90 por cento ou houver desconforto (BTS, 2017). Na circulação, pressão, frequência e ritmo, perfusão e sinais de choque, com acesso venoso periférico, monitorização cardíaca contínua e cardioversor com desfibrilador manual disponível à beira do leito. No exame neurológico, nível de consciência e déficit focal, que pode sugerir dissecção ou contraindicar fibrinólise. Na exposição, pesquisa de sangramento, trauma e edema, preservando privacidade e temperatura.

Os exames apoiam a decisão, mas não a adiam. Colhe-se troponina na admissão, repetida conforme o algoritmo validado para o ensaio disponível; creatinoquinase fração

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

MB apenas quando a troponina não estiver disponível; hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, glicemia e coagulograma, este especialmente em candidatos à fibrinólise ou em uso de anticoagulante; e radiografia de tórax conforme indicação, sem atrasar a reperfusão. No infarto com supradesnivelamento ou equivalente, o resultado da troponina não é aguardado para indicar a reperfusão, regra que a equipe repete em voz alta no plantão porque é a que mais se perde sob pressão de dúvida.

A vigilância acompanha o usuário do primeiro traçado à saída. Mantêm-se monitorização eletrocardiográfica contínua, pressão não invasiva e oximetria em todo usuário com suspeita; cardioversor com desfibrilador manual e material de ressuscitação disponíveis e testados à beira do leito; reavaliação seriada da dor por escala numérica, dos sinais vitais e do ritmo; e, após a fibrinólise, vigilância de arritmias de reperfusão, de sangramentos e de alterações neurológicas. As condutas iniciais compreendem repouso em leito monitorizado, na sala de estabilização ou em leito de observação monitorizado conforme a gravidade; acesso venoso periférico calibroso, evitando punção arterial, punção venosa central não compressível e injeção intramuscular em candidatos à fibrinólise; oxigênio apenas com saturação inferior a 90 por cento, desconforto respiratório ou congestão; ácido acetilsalicílico tão logo a suspeita seja estabelecida pelo médico e excluída a suspeita de dissecção; e tratamento da dor isquêmica com nitrato sublingual e, se persistir, analgesia opioide. Os quadros seguintes reúnem a conduta por diagnóstico e a terapia medicamentosa.

Quadro 121 - Conduta por diagnóstico na síndrome coronariana aguda

Diagnóstico	Conduta
Infarto com supradesnivelamento do segmento ST ou equivalente	Acionamento imediato do Complexo Regulador Estadual para definição da estratégia de reperfusão. Transferência para intervenção coronária percutânea primária como estratégia preferencial quando o tempo previsto entre o diagnóstico e a reperfusão mecânica for de até 120 minutos. Fibrinólise na unidade, com início em até 10 minutos do diagnóstico segundo a diretriz europeia e em até 30 minutos da chegada segundo a diretriz norte-americana e a brasileira, quando esse tempo for excedido, seguida de transferência para estratégia fármaco-invasiva
Mais de 12 horas de sintomas	A fibrinólise não está indicada de rotina; os casos com isquemia persistente, instabilidade hemodinâmica ou elétrica ou insuficiência cardíaca são transferidos com urgência para intervenção percutânea
Choque cardiogênico ou contraindicação à fibrinólise	Transferência imediata para intervenção coronária percutânea primária, independentemente do tempo previsto

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

Diagnóstico	Conduta
Síndrome coronariana sem supradesnivelamento, risco muito alto	Instabilidade hemodinâmica ou choque, dor recorrente ou refratária, arritmia grave ou parada revertida, complicação mecânica, insuficiência cardíaca aguda relacionada à isquemia ou alterações dinâmicas recorrentes do segmento ST exigem transferência imediata para estratégia invasiva
Síndrome coronariana sem supradesnivelamento, risco alto	Infarto confirmado por troponina, alterações dinâmicas de ST ou de onda T, parada revertida sem choque e escore GRACE superior a 140 exigem transferência para estratégia invasiva precoce
Demais suspeitas	Permanência em observação com eletrocardiograma e troponina seriados, estratificação pelo escore HEART e reavaliação médica, com alta orientada no escore de 0 a 3 e transferência para investigação complementar no escore de 4 ou mais com persistência da suspeita

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor torácica e síndrome coronariana aguda.

Quadro 122 - Terapia medicamentosa na síndrome coronariana aguda

Medicamento	Dose e via	Observações e contraindicações
Ácido acetilsalicílico	Ataque de 150 a 300 mg por via oral, mastigado, ou de 160 a 325 mg na forma do protocolo do Ministério da Saúde, com dose usual no Brasil de 200 mg; manutenção de 100 mg ao dia	Contraindicado em alergia, sangramento ativo e suspeita de dissecção de aorta; na alergia, considerar clopidogrel
Clopidogrel associado à fibrinólise	Até 75 anos, 300 mg por via oral; acima de 75 anos, 75 mg sem dose de ataque; manutenção de 75 mg ao dia	Associar ao ácido acetilsalicílico e ao anticoagulante
Clopidogrel na transferência para intervenção primária	600 mg por via oral	O pré-tratamento com inibidor P2Y12 é alinhado com o serviço de hemodinâmica
Clopidogrel na síndrome coronariana sem supradesnivelamento	300 mg por via oral, considerando 600 mg quando a estratégia invasiva for precoce	Na estratégia com cineangiocoronariografia precoce, a diretriz europeia de 2023 não recomenda pré-tratamento de rotina

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

Medicamento	Dose e via	Observações e contraindicações
Enoxaparina associada à fibrinólise	Até 75 anos, 30 mg intravenosos em bólus e, após 15 minutos, 1 mg por quilograma por via subcutânea a cada 12 horas, com máximo de 100 mg nas duas primeiras doses; com 75 anos ou mais, sem bólus, 0,75 mg por quilograma a cada 12 horas, com máximo de 75 mg nas duas primeiras doses; com depuração de creatinina inferior a 30 mL por minuto, 1 mg por quilograma a cada 24 horas	Manter até a revascularização ou a alta, por até 8 dias
Enoxaparina na síndrome coronariana sem supradesnivelamento	1 mg por quilograma por via subcutânea a cada 12 horas; com depuração de creatinina inferior a 30 mL por minuto, 1 mg por quilograma a cada 24 horas	Alternativa de fondaparinux 2,5 mg por via subcutânea a cada 24 horas, preferida pela diretriz europeia quando não houver cineangiocoronariografia precoce
Dinitrato de isossorbida	5 mg por via sublingual, repetível até 3 vezes a cada 5 minutos se a dor persistir	Contraindicado com pressão sistólica inferior a 90 mmHg, frequência cardíaca inferior a 50 por minuto, suspeita de infarto de ventrículo direito, uso de sildenafila nas últimas 24 horas ou uso de tadalafila nas últimas 48 horas
Nitroglicerina intravenosa	Infusão contínua em bomba, com titulação conforme a resposta pressórica	Indicada na dor persistente, na hipertensão ou na congestão pulmonar
Sulfato de morfina	2 a 4 mg intravenosos, repetíveis a cada 5 a 15 minutos se necessário	Reservado à dor refratária a nitratos; pode retardar a absorção de antiagregantes orais; monitorar hipotensão e depressão respiratória
Oxigênio	Titular para saturação igual ou superior a 90 por cento	Não utilizar de rotina com saturação igual ou superior a 90 por cento
Betabloqueador	Não administrar por via intravenosa de rotina na unidade	Contraindicado na insuficiência cardíaca, no baixo débito, no risco de choque cardiogênico, na bradicardia, no bloqueio atrioventricular e no broncoespasmo

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor torácica e síndrome coronariana aguda.

A fibrinólise é o procedimento de maior risco do protocolo e tem doses de referência escritas. O fibrinolítico padronizado é definido institucionalmente, e as doses de referência são a tenecteplase em bólus único intravenoso ajustado ao peso, de 30 mg abaixo de 60 quilogramas, 35 mg de 60 a 69, 40 mg de 70 a 79, 45 mg de 80 a 89 e 50

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

mg com 90 quilogramas ou mais, dose máxima, com a ressalva de que a diretriz europeia de 2023 recomenda considerar metade da dose no usuário com 75 anos ou mais, recomendação ausente no protocolo do Ministério da Saúde e na diretriz brasileira, e que por isso é submetida à decisão médica registrada;

As duas alternativas à tenecteplase têm esquema próprio e são usadas conforme a padronização vigente. a alteplase, com 15 mg em bólus seguidos de 0,75 mg por quilograma em 30 minutos, com máximo de 50 mg, e de 0,5 mg por quilograma em 60 minutos, com máximo de 35 mg, até a dose total de 100 mg; e a estreptoquinase, com 1.500.000 unidades em 100 mililitros de soro glicosado a 5 por cento ou de soro fisiológico a 0,9 por cento, em 30 a 60 minutos, não repetida após 5 dias do primeiro uso ou diante de reação alérgica prévia (SBC, 2025b).

A dose correta não basta, porque o risco do procedimento está também no que o antecede. A fibrinólise é precedida da aplicação da lista de verificação de contraindicações, da confirmação do peso e da dupla checagem da dose, e o usuário ou o responsável é informado do procedimento, dos benefícios e dos riscos, com registro em prontuário. O horário da decisão, o horário da aplicação e o profissional responsável são lançados no prontuário eletrônico, e toda complicação hemorrágica é notificada ao Núcleo de Segurança do Paciente e analisada na reunião seguinte, com devolução do achado ao plantão envolvido.

A lista de verificação aplicada antes da fibrinólise não é um lembrete, e sim o documento que autoriza ou impede o procedimento. Todos os seus itens são verificados e registrados antes da administração do fibrinolítico, e a presença de uma só contraindicação absoluta impede a fibrinólise e converte a conduta em transferência para intervenção coronária percutânea primária. As contraindicações relativas não impedem o procedimento, mas exigem avaliação médica de risco e benefício registrada no prontuário, com o motivo da decisão. A lista preenchida e assinada é digitalizada no prontuário eletrônico e fica disponível para a auditoria mensal de prontuários.

Quadro 123 - Lista de verificação de contraindicações à fibrinólise

Natureza	Condição verificada
Absoluta	Hemorragia intracraniana prévia ou acidente vascular cerebral de origem desconhecida, em qualquer tempo
Absoluta	Acidente vascular cerebral isquêmico nos últimos 6 meses

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

Natureza	Condição verificada
Absoluta	Lesão do sistema nervoso central, neoplasia ou malformação arteriovenosa
Absoluta	Trauma maior, cirurgia ou traumatismo craniano no último mês
Absoluta	Sangramento gastrointestinal no último mês
Absoluta	Distúrbio hemorrágico conhecido, excluída a menstruação
Absoluta	Suspeita de dissecção de aorta
Absoluta	Punções não compressíveis nas últimas 24 horas, entre elas biópsia hepática e punção lombar
Relativa	Acidente isquêmico transitório nos últimos 6 meses
Relativa	Uso de anticoagulante oral
Relativa	Gestação ou primeira semana após o parto
Relativa	Hipertensão refratária, com pressão sistólica acima de 180 mmHg ou diastólica acima de 110 mmHg
Relativa	Doença hepática avançada
Relativa	Endocardite infecciosa
Relativa	Úlcera péptica ativa
Relativa	Ressuscitação cardiopulmonar prolongada ou traumática

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor torácica e síndrome coronariana aguda, com base na diretriz europeia de 2023 (BYRNE et al., 2023).

Os procedimentos assistenciais executados na unidade são eletrocardiograma de 12 derivações e derivações complementares quando indicadas; punção venosa periférica e coleta de amostras; monitorização multiparamétrica contínua; desfibrilação e cardioversão elétrica; estimulação cardíaca transcutânea nas bradiarritmias com instabilidade não responsivas ao tratamento farmacológico; e preparo para transferência. São critérios de gravidade a classe de Killip II a IV; o choque cardiogênico, com pressão sistólica persistentemente inferior a 90 mmHg ou necessidade de vasopressor com sinais de hipoperfusão; as arritmias ventriculares sustentadas, a fibrilação ventricular, o bloqueio atrioventricular avançado ou a parada cardiorrespiratória; a dor isquêmica refratária; o edema agudo de pulmão ou a insuficiência respiratória; a suspeita de complicação mecânica; e o infarto de parede anterior extenso ou com acometimento de ventrículo direito.

Definida a conduta, resta o que decide o destino, e aí o protocolo fixa três conjuntos de critérios. Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, saturação igual ou superior a 90 por cento, pressão arterial e perfusão adequadas com ou sem suporte farmacológico, ritmo cardíaco controlado, dor controlada ou em controle e acesso venoso funcionante. A ausência de estabilização completa não retarda a transferência quando a reperfusão for o tratamento definitivo necessário. Permanecem em observação em leito monitorizado a suspeita com

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

eletrocardiograma não diagnóstico aguardando troponina e traçados seriados, o usuário com escore HEART de 4 ou mais até a definição do destino e o usuário que aguarda transferência.

A alta da unidade é admitida apenas com todos os critérios reunidos, e é esse cúmulo que a torna segura. São eles a ausência de dor e de sintomas isquêmicos recorrentes, os eletrocardiogramas seriados sem alterações isquêmicas, a troponina seriada negativa conforme o algoritmo do ensaio disponível, o escore HEART de 0 a 3 e a estabilidade hemodinâmica com exclusão clínica dos diagnósticos diferenciais graves. Na alta, o usuário recebe orientações por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato e é referenciado à Atenção Primária à Saúde ou ao ambulatório de cardiologia, com contrarreferência registrada, de modo que a saída da unidade não encerre o cuidado.

O transporte é o ponto em que a limitação estrutural das duas unidades se torna decisiva e por isso recebe regra expressa. O protocolo determina que o usuário com síndrome coronariana aguda confirmada ou em uso de fibrinolítico seja transportado em ambulância de suporte avançado, com acompanhamento médico, monitorização contínua e cardioversor com desfibrilador. A ambulância própria de cada unidade é de suporte básico tipo B (PALMAS, 2026), de modo que esse transporte é sempre solicitado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência por meio da Central de Regulação das Urgências, no mesmo ato em que a vaga é pactuada, e o usuário permanece em leito monitorizado da sala de estabilização, com o médico plantonista à beira do leito, até a chegada da equipe de suporte avançado. O horário da solicitação, o do aceite e o da saída são registrados no prontuário eletrônico.

A transferência para serviço de maior complexidade segue a natureza do recurso necessário, e não a ordem de chegada. São encaminhados a serviço com hemodinâmica o infarto com supradesnivelamento para intervenção primária, o usuário após fibrinólise para resgate imediato ou estratégia fármaco-invasiva, a síndrome sem supradesnivelamento de risco alto ou muito alto e o choque cardiogênico; e a serviço com cirurgia cardiovascular a suspeita de dissecção de aorta e a de complicação mecânica do infarto. Quando disponível, o serviço de telecardiologia é utilizado como apoio à interpretação do traçado, sem que a espera do parecer retarde qualquer conduta cuja indicação já esteja estabelecida.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

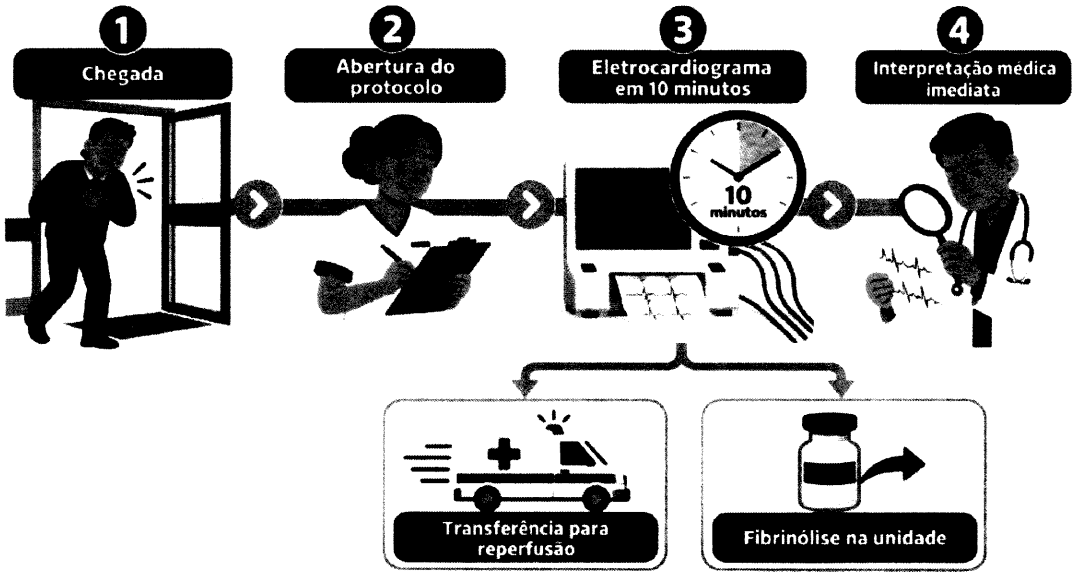
(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O registro fecha o protocolo, porque conduta não registrada não é auditável. São lançados no prontuário eletrônico, com data e horário, a chegada à unidade, a classificação de risco e a abertura do protocolo; a realização e a interpretação de cada eletrocardiograma, com o traçado digitalizado; o diagnóstico, os escores utilizados, entre eles Killip, HEART e GRACE quando aplicado, e a estratégia definida; os medicamentos administrados, com dose, via e horário; a lista de verificação de contraindicações e o horário de início da fibrinólise, quando realizada; o contato com a Central de Regulação das Urgências, com o número da solicitação e os horários de aceite e de saída; e a evolução com as anotações de enfermagem, na forma do Processo de Enfermagem (COFEN, 2024).

A medição do protocolo é feita sobre cinco números: percentual de eletrocardiogramas realizados em até 10 minutos da chegada, tempo mediano porta-eletrocardiograma, tempo entre o diagnóstico e o acionamento da regulação, tempo porta-agulha quando houver fibrinólise e percentual de protocolos abertos com registro completo. São apurados mensalmente pelo Responsável Técnico Médico e levados à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários e ao Núcleo de Segurança do Paciente, de onde sai o plano de ação quando o resultado fica abaixo da meta. A figura seguinte representa o percurso do primeiro contato ao eletrocardiograma.

Figura 46 - Do primeiro contato ao eletrocardiograma na suspeita de síndrome coronariana aguda



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

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

As referências técnicas do protocolo são a Quarta Definição Universal de Infarto do Miocárdio (THYGESEN et al., 2019), a diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia para síndromes coronarianas agudas (BYRNE et al., 2023), a diretriz norte-americana para síndromes coronarianas agudas (ACC; AHA, 2025), a Diretriz Brasileira de Dor Torácica na Emergência (SBC, 2025b), a V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (SBC, 2015), o protocolo do Ministério da Saúde para síndromes coronarianas agudas (BRASIL, 2011b) e a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014). As metas de aderência são de noventa por cento ou mais de eletrocardiogramas realizados em até dez minutos da chegada entre os protocolos abertos, noventa por cento ou mais de casos com regulação acionada em até trinta minutos do diagnóstico e noventa e cinco por cento ou mais de episódios com registro completo do protocolo.

A guarda do fibrinolítico tem rotina própria, porque medicamento de uso raro é o que mais vence na prateleira. A relação de medicamentos das unidades, aprovada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e submetida à Secretaria Municipal da Saúde, define a inclusão e o quantitativo do fibrinolítico, observada a pactuação da linha de cuidado do infarto no Município. Havendo fibrinolítico padronizado, ele é guardado na sala de estabilização em compartimento identificado de medicamentos de alta vigilância, com conferência de presença e de validade pelo farmacêutico e reposição a cada uso ou vencimento. A lista de verificação de contraindicações à fibrinólise é formulário próprio do protocolo, preenchido e assinado pelo médico plantonista antes da administração, com dupla checagem da dose pelo enfermeiro assistencial e pelo farmacêutico, digitalizado no prontuário eletrônico e arquivado pelo prazo de guarda do prontuário, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e cinco por cento de fibrinólises com lista de verificação completa.

V.1.9.3 Protocolo de acidente vascular cerebral

No acidente vascular cerebral a unidade não é o lugar do tratamento definitivo, é o lugar onde se ganha ou se perde a janela. O que a equipe faz nos primeiros minutos,

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

registrar o último momento visto bem, excluir hipoglicemia e acionar a regulação, determina se o usuário ainda será elegível à reperfusão quando chegar ao centro de referência (AHA; ASA, 2026). A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Acidente Vascular Cerebral integra o Anexo XXI.

Quadro 124 - Folha de identificação do Protocolo de Acidente Vascular Cerebral

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo do Paciente com Acidente Vascular Cerebral
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção e acolhimento, classificação de risco, sala de estabilização, área de observação, laboratório e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o reconhecimento, a avaliação inicial, a estabilização e o encaminhamento do usuário com suspeita de acidente vascular cerebral, com registro do horário de início dos sintomas ou do último momento visto bem, exclusão de hipoglicemia, avaliação neurológica padronizada e acionamento imediato da regulação para transferência ao centro de referência dentro das janelas de reperfusão (AHA; ASA, 2026). A sequência decorrente é reconhecimento, registro do último momento visto bem, glicemia capilar, avaliação primária e estabilização, avaliação neurológica padronizada, acionamento imediato da regulação, reavaliação e transferência para o centro de referência, e nenhuma dessas etapas aguarda a conclusão da anterior quando puder ser feita em paralelo.

As definições do protocolo delimitam o que está em jogo. Ataque isquêmico transitório é o episódio transitório de disfunção neurológica causado por isquemia focal, sem evidência de infarto agudo na imagem, e a resolução dos sintomas não exclui risco elevado de acidente vascular nos dias seguintes. Último momento visto bem é a data e o

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

horário em que o usuário foi visto pela última vez em sua condição neurológica habitual, marco temporal das janelas terapêuticas quando o horário exato de início é desconhecido, inclusive no quadro percebido ao despertar. Trombólise intravenosa é a administração de fibrinolítico para recanalização arterial no acidente vascular isquêmico, dentro de janela definida e após exclusão de hemorragia por neuroimagem. Trombectomia mecânica é a remoção endovascular do trombo em usuários com oclusão de grande vaso, realizada em centro com neurorradiologia intervencionista. Simuladores de acidente vascular são condições que o imitam, como hipoglicemia, crise epiléptica com déficit pós-ictal, enxaqueca com aura, intoxicações, infecções do sistema nervoso central e distúrbios funcionais.

O gatilho de abertura reúne os sinais de instalação súbita. Abre-se o protocolo para todo usuário com início súbito de fraqueza, dormência ou paralisia em face, braço ou perna, especialmente de um lado do corpo; de alteração da fala ou da compreensão; de perda visual em um ou ambos os olhos ou visão dupla; de desequilíbrio, vertigem intensa, dificuldade para andar ou incoordenação; de cefaleia súbita e intensa sem causa aparente, especialmente se descrita como a pior da vida; ou de rebaixamento do nível de consciência associado a qualquer desses sinais. Na recepção e na classificação aplica-se escala de triagem validada, e o usuário é encaminhado imediatamente à classificação, sem aguardar a conclusão do cadastro.

O dado mais importante desse atendimento não é clínico, é horário. Registra-se, com o usuário, com o familiar ou com a testemunha, o horário de início dos sintomas ou do último momento visto bem, e solicita-se ao acompanhante que permaneça na unidade ou deixe telefone de contato, porque essa informação é indispensável à decisão terapêutica no centro de referência. Pesquisam-se o uso de anticoagulantes e o horário da última dose, o uso de antiagregantes, cirurgias, sangramentos ou traumatismo craniano recentes, acidente vascular prévio, crise convulsiva no início do quadro e estado funcional prévio. Informação perdida nesse momento raramente é recuperada depois, e a sua falta pode custar a elegibilidade do usuário à reperfusão.

A avaliação inicial começa pelo exame que exclui o simulador mais frequente. Faz-se glicemia capilar imediata, antes de qualquer intervenção que não seja de suporte vital, porque a hipoglicemia é o simulador mais comum e é reversível; aferem-se sinais

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

vitais completos; o médico realiza avaliação neurológica com escala padronizada de gravidade do déficit e Escala de Coma de Glasgow, com registro do horário; faz-se eletrocardiograma de 12 derivações, sem atrasar o acionamento da regulação; e estima-se ou afere-se o peso, necessário ao cálculo da dose de fibrinolítico no centro de referência. Todo usuário com triagem positiva e início dos sintomas ou último momento visto bem nas últimas 24 horas recebe prioridade máxima e avaliação médica imediata, em razão das janelas de reperfusão, e o rebaixamento do nível de consciência, a instabilidade hemodinâmica ou a respiratória levam diretamente à sala de estabilização.

A avaliação primária segue a mesma ordem de sempre, com ajustes próprios do quadro neurológico. Na via aérea, permeabilidade e capacidade de proteção, com manejo avançado diante de Glasgow igual ou inferior a 8, vômitos com risco de broncoaspiração ou insuficiência respiratória. Na respiração, oxigênio apenas com saturação igual ou inferior a 94 por cento (BTS, 2017). Na circulação, monitorização cardíaca, pressão arterial e acesso venoso periférico calibroso, preferencialmente em membro não parético, com coleta de exames. No exame neurológico, Glasgow, pupilas, glicemia capilar, escala de déficit e registro. Na exposição, pesquisa de trauma e de sangramento e controle da temperatura.

Os exames obedecem a uma hierarquia explícita de prioridade. São obrigatórios na unidade a glicemia capilar e o eletrocardiograma. Conforme disponibilidade e sem atrasar a transferência, colhem-se hemograma com plaquetas, tempo de protrombina com razão normalizada internacional, tempo de tromboplastina parcial ativada, ureia, creatinina, sódio, potássio e glicemia. Apenas a glicemia é obrigatória antes da trombólise, salvo suspeita de coagulopatia, uso de anticoagulante ou trombocitopenia. A tomografia de crânio sem contraste é o exame inicial para exclusão de hemorragia, realizada no centro de referência, e a sua eventual realização na unidade não retarda a transferência (AHA; ASA, 2026).

Os instrumentos que medem esse quadro são nominados, e a sua aplicação define tanto a urgência quanto o conteúdo do pedido de vaga. O rastreio inicial, na recepção e na classificação de risco, usa a escala pré-hospitalar de Cincinnati, cuja alteração de qualquer um dos três itens já sugere acidente vascular cerebral, ampliada pelo acrônimo BE-FAST, que acrescenta a perda súbita de equilíbrio e a perda visual súbita e fixa o

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

registro do horário como item da própria avaliação. A gravidade do déficit é medida pela National Institutes of Health Stroke Scale, conhecida pela sigla NIHSS, aplicada pelo médico plantonista por meio do manual oficial da escala, cujo escore acompanha obrigatoriamente a solicitação de vaga.

Quadro 125 - Escala pré-hospitalar de Cincinnati para o rastreio do acidente vascular cerebral

Item	Como se avalia	O que caracteriza alteração
Face	Pedir ao usuário que sorria ou mostre os dentes	Assimetria facial
Braços	Pedir que eleve os dois braços, de olhos fechados, por 10 segundos	Queda ou incapacidade de mover um dos braços
Fala	Pedir que repita uma frase simples	Fala arrastada, palavras incorretas ou incapacidade de falar

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de acidente vascular cerebral.

A escala de gravidade é aplicada em seguida, e os seus quinze itens são percorridos na ordem, sem omissão, porque o escore total é o que a central de regulação usa para hierarquizar a vaga. A aplicação cabe a profissional treinado, e a capacitação em sua aplicação integra o cronograma do Núcleo de Educação Permanente em Saúde de cada unidade. O escore é registrado no prontuário eletrônico com o horário da aplicação e repetido antes do transporte, de modo que a variação do déficit durante a espera pela vaga fique documentada.

Quadro 126 - Itens da National Institutes of Health Stroke Scale e respectiva pontuação

Item	Domínio avaliado	Pontuação
1a	Nível de consciência	0 a 3
1b	Perguntas sobre o mês e a idade	0 a 2
1c	Comandos de abrir e fechar os olhos e 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 e 5b	Motor do membro superior esquerdo e do direito	0 a 4 cada
6a e 6b	Motor do membro inferior esquerdo e do 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 e desatenção	0 a 2

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de acidente vascular cerebral. A aplicação observa o manual oficial da escala.

O horário registrado e o escore obtido só produzem efeito porque existem janelas terapêuticas definidas, e é delas que decorre a urgência do acionamento. O acidente

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

vascular cerebral isquêmico com início dos sintomas, ou com último momento visto bem, dentro de 4 horas e 30 minutos é potencialmente elegível à trombólise no serviço de destino, e o quadro com oclusão de grande vaso é potencialmente elegível à trombectomia mecânica em janela de até 24 horas, conforme critérios clínicos e de imagem e conforme a pactuação regional. Nenhum desses procedimentos é executado nas duas unidades, que não dispõem de tomografia nem de hemodinâmica, de modo que a janela não é prazo de tratamento e sim prazo de transferência: é ela que determina a prioridade com que a vaga é solicitada ao Complexo Regulador Estadual.

As condutas iniciais são de suporte e de prevenção de dano, e uma delas é de abstenção. Mantém-se repouso com cabeceira entre zero e 30 graus conforme tolerância e risco de broncoaspiração, e a 30 graus diante de rebaixamento, vômitos ou suspeita de hemorragia; jejum oral, inclusive de medicamentos, até a triagem de disfagia; correção imediata da hipoglicemia abaixo de 60 miligramas por decilitro, com reavaliação do déficit após a correção; tratamento da hipertermia acima de 38 graus e investigação da causa; hidratação com solução isotônica quando necessária, evitando soluções hipotônicas e glicosadas em usuário não hipoglicêmico; vedação de antiagregante, anticoagulante ou fibrinolítico antes da neuroimagem que exclua hemorragia; prevenção de punção arterial e de injeção intramuscular em potencial candidato à trombólise; e acionamento do Complexo Regulador Estadual imediatamente após a suspeita clínica, sem aguardar resultados laboratoriais. O quadro seguinte reúne as metas de pressão arterial aplicáveis.

Quadro 127 - Metas de pressão arterial no acidente vascular cerebral

Situação	Meta	Observações
Isquêmico candidato à trombólise	Inferior a 185 por 110 mmHg antes da trombólise e inferior a 180 por 105 mmHg nas 24 horas seguintes	Não sendo possível manter esses valores, a trombólise fica contraindicada; a pressão é informada à regulação
Isquêmico sem indicação de reperfusão	Tratar somente acima de 220 por 120 mmHg, com redução de cerca de 15 por cento nas primeiras 24 horas	Evitar hipotensão e reduções abruptas, que podem ampliar a área isquêmica
Hemorrágico	Com sistólica entre 150 e 220 mmHg, meta aproximada de 140 mmHg	Redução gradual e sustentada, evitando variações amplas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional 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

A conduta se diferencia pelo tempo de evolução e pela suspeita. Com início dos sintomas ou último momento visto bem em até 24 horas, a conduta é a transferência prioritária para centro de atendimento de urgência ao acidente vascular cerebral com tomografia disponível nas vinte e quatro horas e capacidade de trombólise, e, havendo suspeita de oclusão de grande vaso, o encaminhamento a serviço com trombectomia, conforme a pactuação regional. Com mais de 24 horas de evolução, estabilização e transferência para investigação, tratamento e prevenção secundária. Na suspeita de hemorragia subaracnóidea, caracterizada por cefaleia súbita e intensa, com ou sem rigidez de nuca, vômitos, crise convulsiva ou rebaixamento, providencia-se transferência para serviço com neuroimagem e neurocirurgia, com analgesia, controle pressórico e prevenção de vômitos. No ataque isquêmico transitório, com sintomas já resolvidos, o usuário é avaliado em serviço de referência com neuroimagem e investigação vascular urgente, e a alta direta sem garantia dessa investigação não é recomendada.

Enquanto a transferência não se efetiva, o usuário permanece vigiado. Mantêm-se monitorização cardíaca contínua, pressão não invasiva e oximetria; reavaliação neurológica seriada com atenção à piora; glicemia capilar conforme prescrição; pressão arterial em intervalos regulares conforme as metas do quadro anterior; e comunicação imediata de qualquer piora neurológica ao médico e à regulação. Os indicadores do protocolo são o percentual de usuários com registro do último momento visto bem, o tempo entre a chegada e a glicemia capilar, o tempo entre a suspeita e o acionamento da regulação, o tempo entre a decisão e a saída da unidade e o percentual de protocolos com registro completo. A figura seguinte representa os três passos que preservam a janela terapêutica.

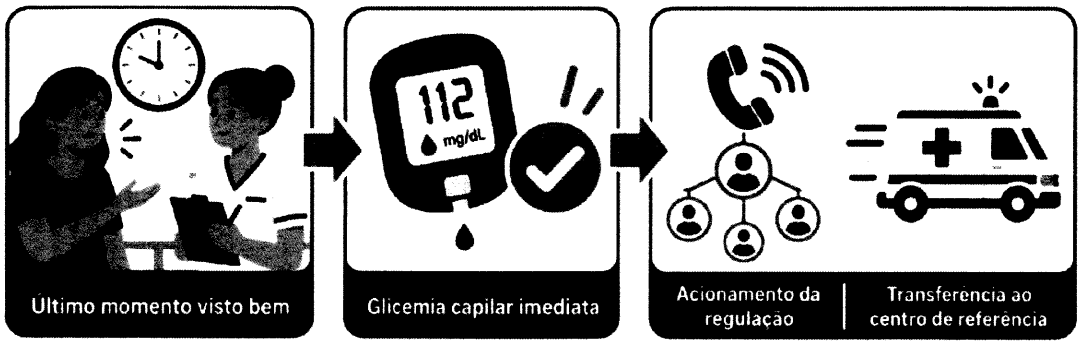
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 47 - Os três passos que preservam a janela terapêutica no acidente vascular cerebral



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

As referências técnicas do protocolo são a diretriz da American Heart Association e da American Stroke Association para o manejo precoce do acidente vascular cerebral isquêmico agudo (AHA; ASA, 2026), a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017d), os protocolos do Ministério da Saúde para a linha de cuidado do acidente vascular cerebral (BRASIL, 2012) e a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014). Essas referências são mantidas na versão vigente, e a sua atualização é verificada na revisão anual do protocolo.

As metas de aderência tratam das três tarefas que a unidade controla por inteiro. O médico plantonista clínico aciona o Complexo Regulador Estadual tão logo firmada a suspeita clínica e registra o horário no prontuário eletrônico, de modo que o registro da solicitação ocorra com folga sobre o prazo pactuado de sessenta minutos (PALMAS, 2026). O enfermeiro assistencial confere esse registro antes do fim do plantão, e o técnico de enfermagem realiza a glicemia capilar em até cinco minutos da chegada. As metas são de noventa e cinco por cento ou mais para o registro do último momento em que o usuário foi visto bem e para a glicemia no prazo.

V.1.9.4 Protocolo de sepse

A sepse mata por atraso. Não é um diagnóstico difícil de tratar, é um diagnóstico difícil de lembrar, porque chega disfarçado de infecção comum. O protocolo gerenciado existe para transformar suspeita em relógio: a partir do momento em que a triagem é

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

positiva, começa a contagem, e cada medida tem prazo (ILAS, 2026). A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico integra o Anexo XXII.

Quadro 128 - Folha de identificação do Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de estabilização, área de observação, farmácia, laboratório e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o reconhecimento precoce, a abertura do protocolo, a coleta de exames, a administração do antimicrobiano em tempo oportuno, a ressuscitação volêmica, o uso de vasopressor e a transferência do usuário com sepse ou choque séptico (SSC, 2026). A sequência decorrente é reconhecimento pela triagem, abertura do protocolo com marcação do tempo zero, avaliação médica e avaliação primária, coleta de lactato, culturas e exames, antimicrobiano, ressuscitação volêmica e vasopressor quando indicados, reavaliação e transferência. Essa ordem não é sugestão de boa prática: é o que define o que a equipe faz primeiro quando tem um único acesso venoso e pouco tempo.

As competências são distribuídas de modo que nenhuma medida dependa de um só profissional. O médico avalia, define o foco provável, prescreve o antimicrobiano e a ressuscitação, indica o vasopressor, aciona a regulação e define o destino. O enfermeiro aplica a triagem, abre o protocolo, aciona o médico, garante a coleta no primeiro acesso, administra o antimicrobiano e o vasopressor, monitora a perfusão e registra (COFEN, 2024). O técnico de enfermagem afere sinais vitais, apoia a coleta e a infusão e registra.

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

O farmacêutico garante a disponibilidade dos antimicrobianos padronizados e do vasopressor, dispensa prioritariamente a primeira dose, confere doses conforme função renal e peso, verifica compatibilidades e estabilidade e apoia o programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos. A equipe de laboratório processa prioritariamente as amostras do protocolo e comunica de imediato os resultados críticos, em especial o lactato.

As definições do protocolo fixam o que conta como sepse e, principalmente, quando o relógio começa. Sepse é a disfunção orgânica aguda com risco de morte causada por resposta desregulada do hospedeiro à infecção. Choque séptico é o subgrupo com disfunção circulatória, caracterizado pela necessidade de vasopressor para manter pressão arterial média igual ou superior a 65 milímetros de mercúrio e lactato superior a 2 milimoles por litro apesar de ressuscitação adequada (SSC, 2026); na unidade, a hipotensão persistente após a reposição inicial é conduzida como choque séptico, mesmo sem resultado de lactato. Hipoperfusão induzida pela sepse é a hipotensão ou o lactato elevado. Tempo zero é o horário de abertura do protocolo, isto é, o momento em que a suspeita é registrada, e é o marco de contagem das metas. Controle de foco é a intervenção cirúrgica ou percutânea para remoção ou drenagem da fonte.

A triagem não acontece só na porta. Ela é aplicada na classificação de risco e durante toda a permanência, em todo usuário com suspeita de infecção ou com piora clínica aguda. A triagem é considerada positiva, com abertura do protocolo e avaliação médica imediata, quando houver suspeita de infecção associada a escore igual ou superior ao ponto de corte do instrumento adotado, ou a qualquer sinal de disfunção orgânica, em especial hipotensão, rebaixamento ou alteração do nível de consciência, desconforto respiratório ou hipoxemia e redução da diurese. A unidade adota fluxo de código sepse, com acionamento imediato da equipe à beira do leito após triagem positiva, de modo que a avaliação médica não dependa da fila do consultório.

A triagem só é reprodutível porque os seus instrumentos são nominados e têm corte declarado. O primeiro é o conjunto de critérios de resposta inflamatória sistêmica, cuja presença de dois ou mais em usuário com suspeita de infecção caracteriza triagem positiva. O segundo é o National Early Warning Score 2, escore de alerta precoce que soma sete parâmetros e cuja pontuação separa quatro faixas de risco. O terceiro é a

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

pesquisa dirigida de sinais de disfunção orgânica por sistema, que é o que distingue a infecção da sepse. O escore rápido de avaliação sequencial de falência de órgãos é registrado quando aplicado, mas não é usado como instrumento de triagem, pela sua baixa sensibilidade.

Quadro 129 - Critérios de resposta inflamatória sistêmica aplicados na triagem da sepse

Critério	Valor que caracteriza o critério
Temperatura	Superior a 38 graus Celsius ou inferior a 36 graus Celsius
Frequência cardíaca	Superior a 90 batimentos por minuto
Frequência respiratória	Superior a 20 incursões por minuto, ou pressão parcial de dióxido de carbono inferior a 32 milímetros de mercúrio
Leucócitos	Superior a 12.000 por milímetro cúbico, inferior a 4.000 por milímetro cúbico, ou mais de 10 por cento de formas jovens

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de sepse e choque séptico. A presença de dois ou mais critérios em usuário com suspeita de infecção caracteriza triagem positiva.

O escore de alerta precoce complementa esses critérios porque capta a deterioração antes de ela se tornar evidente. Somam-se os pontos atribuídos à frequência respiratória, à saturação periférica, ao uso de oxigênio suplementar, à pressão sistólica, à frequência cardíaca, ao nível de consciência e à temperatura, e a leitura do total separa o risco baixo, de 0 a 4 pontos, do risco médio, de 5 a 6 pontos, e do risco alto, de 7 pontos ou mais, sendo que a pontuação 3 em um único parâmetro já determina avaliação urgente ainda que o total seja baixo. Confusão nova, ou resposta apenas à voz, à dor ou ausência de resposta, pontua como alteração do nível de consciência.

Quadro 130 - Sinais de disfunção orgânica pesquisados na triagem da sepse, por sistema

Sistema	Sinal de disfunção
Cardiovascular	Pressão sistólica inferior a 90 milímetros de mercúrio, pressão arterial média inferior a 65 milímetros de mercúrio, queda importante em relação à pressão habitual, ou lactato elevado
Respiratório	Necessidade de oxigênio para manter a saturação igual ou superior a 90 por cento, ou desconforto respiratório
Neurológico	Rebaixamento do nível de consciência, confusão ou agitação agudas
Renal	Redução do débito urinário ou elevação da creatinina
Hematológico	Plaquetopenia ou alteração da coagulação
Hepático	Elevação das bilirrubinas ou icterícia
Perfusão periférica	Tempo de enchimento capilar prolongado ou pele mosqueada

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de sepse e choque séptico.

Com o protocolo aberto, a avaliação clínica busca foco, risco e diferencial ao mesmo tempo. Pesquisa-se o foco provável, com sintomas respiratórios, urinários,

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

abdominais, cutâneos ou neurológicos, presença de dispositivos, feridas ou procedimentos recentes. Identificam-se fatores de risco, como idade avançada, imunossupressão, neoplasia, diabetes, doença renal ou hepática crônica e internação ou uso de antimicrobiano recentes, e fatores de risco para microrganismos multirresistentes. Avaliam-se diagnósticos diferenciais não infecciosos de disfunção orgânica aguda, sem retardar o antimicrobiano nos casos de choque ou de sepse provável. A avaliação inicial compreende sinais vitais completos com nível de consciência; tempo de enchimento capilar e pesquisa de pele mosqueada, como marcadores clínicos de perfusão; glicemia capilar; estimativa ou aferição do peso, para cálculo de volume e de doses; e avaliação do débito urinário, com cateterismo vesical no choque quando prescrito.

Os exames são colhidos de modo a não disputar tempo com o tratamento. Colhem-se, idealmente no primeiro acesso venoso e sem retardar o antimicrobiano, o lactato sérico, repetido quando inicialmente elevado para orientar a ressuscitação; as hemoculturas, o mais precocemente possível e idealmente antes do antimicrobiano, sem retardar sua administração, com volume recomendado de 10 mililitros por frasco; as demais culturas conforme o foco provável; hemograma com plaquetas, creatinina, ureia, sódio, potássio, bilirrubinas, coagulograma, gasometria e glicemia; e exames de imagem conforme o foco suspeito. A sepse é diagnóstico clínico e não é confirmada nem descartada por um único biomarcador, e a procalcitonina não é usada para decidir o início do antimicrobiano (SSC, 2026). O quadro seguinte reúne o prazo do antimicrobiano por situação clínica.

Quadro 131 - Prazo do antimicrobiano por situação clínica

Situação clínica	Prazo para o antimicrobiano
Choque séptico possível, provável ou definido	Imediatamente, idealmente em até 1 hora do reconhecimento
Sepse provável ou definida, sem choque	Imediatamente, idealmente em até 1 hora do reconhecimento
Sepse possível, sem choque	Avaliação rápida de causas infecciosas e não infecciosas; persistindo a suspeita de infecção, administrar em até 3 horas da suspeita; não havendo exames disponíveis para excluir causa não infecciosa, não retardar
Baixa probabilidade de infecção, sem choque	Adiar o antimicrobiano, com monitorização e reavaliação frequentes

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional 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

A escolha do antimicrobiano é institucional e não improvisada no plantão. O esquema empírico segue o guia de antimicrobianos da unidade, elaborado com a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e baseado no foco provável, na origem comunitária ou relacionada à assistência e no perfil microbiológico local. A cobertura empírica para microrganismo multirresistente específico fica reservada a usuários com alto risco para aquele microrganismo; a cobertura antifúngica empírica não é de rotina; e a cobertura para anaeróbios é restrita aos focos de risco. A primeira dose é intravenosa, plena, com dose de ataque quando aplicável e sem ajuste renal, conforme orientação farmacêutica, e o horário exato do início é registrado, porque é esse horário que o indicador compara com o tempo zero.

A ressuscitação volêmica tem volume de referência e tem freio. Usuários com hipoperfusão induzida pela sepse ou com choque séptico recebem pelo menos 30 mililitros por quilograma de cristaloide nas primeiras 3 horas, com reavaliação clínica frequente durante e após cada etapa, para evitar tanto a reposição insuficiente quanto a excessiva (SSC, 2026). Em usuários com índice de massa corporal superior a 30, o volume pode ser calculado pelo peso ideal ou ajustado. Preferem-se cristaloides balanceados ao cloreto de sódio a 0,9 por cento, exceto no traumatismo cranioencefálico. Não se utilizam amidos nem gelatina. O lactato elevado isoladamente não motiva administração reflexa de fluidos após a reposição inicial, e a continuidade é individualizada pela perfusão clínica e pela tolerância a fluidos.

Quando o volume não basta, entra o vasopressor, e ele entra antes do acesso central. Inicia-se vasopressor se a hipotensão persistir após a reposição inicial e, no choque instável, concomitantemente aos fluidos, a critério médico. A noradrenalina é o vasopressor de primeira linha, admitida a adrenalina quando houver disfunção cardíaca concomitante. A infusão começa por acesso venoso periférico calibroso, sem aguardar acesso central, com protocolo de segurança que exige calibre adequado, inspeção frequente do sítio e conduta padronizada em caso de extravasamento. A meta de pressão arterial média é de 65 milímetros de mercúrio, com faixa inicial de 60 a 65 em usuários com 65 anos ou mais. A diluição, a dose inicial e a titulação seguem a padronização de medicamentos de alta vigilância, com bomba de infusão.

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

Há ainda uma medida reservada ao choque que não cede ao vasopressor. No choque séptico que exige vasopressor de forma contínua, com noradrenalina ou adrenalina em dose igual ou superior a 0,25 micrograma por quilograma por minuto por pelo menos 4 horas, a diretriz da Surviving Sepsis Campaign sugere hidrocortisona intravenosa na dose de 200 miligramas ao dia, conduta submetida à decisão médica registrada (SSC, 2026).

Há uma decisão que a unidade não executa e precisa reconhecer cedo. Todo usuário é avaliado rapidamente quanto à necessidade de controle de foco e, quando indicado, este deve ser realizado precocemente, o que exige transferência prioritária para serviço com capacidade cirúrgica ou intervencionista. Enquanto a transferência não se efetiva, mantêm-se monitorização cardíaca contínua e oximetria; pressão não invasiva frequente durante a ressuscitação e o uso de vasopressor, com 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 usuários com hipoperfusão; vigilância de sinais de sobrecarga volêmica a cada etapa de reposição, entre eles aumento do trabalho respiratório, queda da saturação, estertores e turgência jugular; e inspeção frequente do sítio de infusão periférica do vasopressor.

Para que o prazo seja cumprido, o material está reunido antes da suspeita. Integram conjunto de fácil acesso na sala de estabilização, com conferência periódica pela farmácia, os antimicrobianos padronizados com diluentes e orientações de preparo, os cristaloides balanceados e o cloreto de sódio a 0,9 por cento, a noradrenalina com diluição padronizada e rotulagem de alta vigilância, e os materiais de coleta de hemoculturas, de lactato e de exames gerais. Os indicadores do protocolo são o percentual de triagens positivas com protocolo aberto, o tempo entre o tempo zero e a primeira dose do antimicrobiano, o percentual de antimicrobianos administrados em até 1 hora no choque séptico, o percentual de coletas de lactato e de hemocultura antes do antimicrobiano, o tempo entre o tempo zero e o acionamento da regulação e o percentual de protocolos com registro completo. A figura seguinte representa o tempo zero e as medidas do protocolo gerenciado.

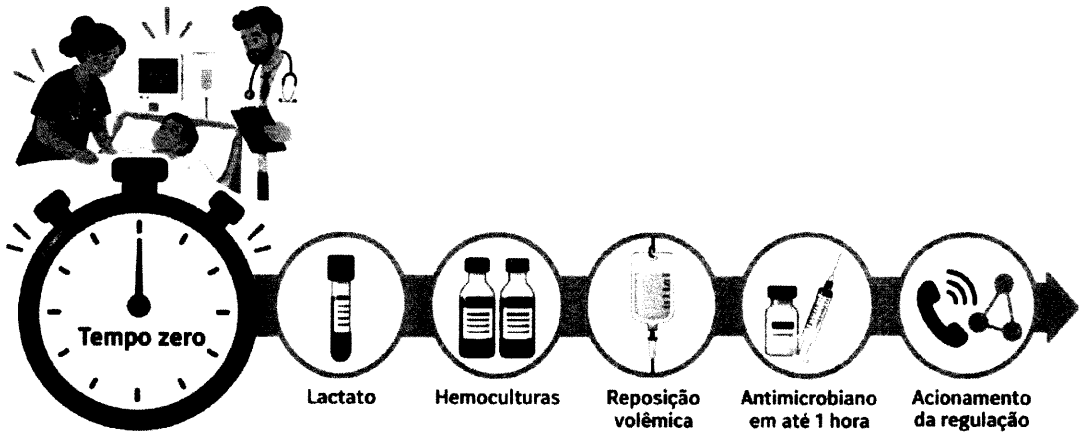
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 48 - Tempo zero e medidas do protocolo gerenciado de sepse



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

As referências técnicas do protocolo são o Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque Séptico (SINGER et al., 2016), as diretrizes internacionais para o manejo da sepse e do choque séptico (SSC, 2026), o protocolo gerenciado de sepse do Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS, 2026), a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). As metas de aderência são de noventa por cento ou mais de antimicrobianos administrados em até uma hora do tempo zero nos casos de choque séptico e de oitenta e cinco por cento ou mais de protocolos abertos em que a coleta de lactato e de hemocultura precede o antimicrobiano.

Duas rotinas de apoio sustentam esses prazos. O conjunto do código sepse é mantido em caixa lacrada e identificada na sala de estabilização de cada unidade, com composição definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e afixada na tampa, reunindo os antimicrobianos da relação padronizada, cristaloide, vasopressor e o material de coleta de hemocultura e de lactato, conferido pelo farmacêutico de plantão e reposto a cada uso. O laboratório libera o lactato em até trinta minutos da coleta e comunica o resultado crítico ao médico plantonista por contato direto em até cinco minutos da liberação, com registro do horário e do nome de quem recebeu, porque resultado crítico comunicado sem registro não se comprova e não entra na apuração do protocolo.

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

V.1.9.5 Protocolo de trauma

O trauma é o protocolo em que a ordem das coisas importa mais do que a velocidade. Tratar a hemorragia exsanguinante antes da via aérea, a via aérea antes da respiração e a respiração antes da circulação é o que impede que a equipe corrija o problema errado enquanto o usuário morre do problema certo (ACS, 2018). Nas duas unidades o diagnóstico ortopédico ou traumatológico responde por 12,9 por cento dos atendimentos na UPA 24 horas Norte e por 14,0 por cento na UPA 24 horas Sul, e ambas contam com ortopedista nas vinte e quatro horas e com sala de imobilização e aparelho gessado (PALMAS, 2026). A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Manejo do Trauma integra o Anexo XXIII.

Quadro 132 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo do Trauma

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo do Trauma
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, sala de estabilização, sala de imobilização, radiologia, laboratório, área de observação e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o preparo da equipe, a avaliação primária e secundária, a estabilização, o controle do sangramento, a prevenção da tríade letal e o acionamento precoce da transferência do usuário vítima de trauma. A sequência operacional é preparo da equipe, segurança, controle da hemorragia exsanguinante, via aérea com proteção da coluna cervical, respiração, circulação, exame neurológico, exposição com prevenção de hipotermia, reavaliação e acionamento precoce da transferência, avaliação secundária e definição do destino (ACS, 2018). A posição do

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

acionamento da transferência nessa ordem é deliberada: ele não espera a avaliação secundária, porque a unidade não realiza controle cirúrgico definitivo do sangramento.

Três definições organizam as decisões mais difíceis do trauma. Hipotensão permissiva é a manutenção de valores pressóricos inferiores ao normal, suficientes para a perfusão de órgãos vitais, até o controle do sangramento, contraindicada no traumatismo cranioencefálico grave e na lesão raquimedular. Tríade letal é a associação de hipotermia, acidose e coagulopatia, que se potenciam e aumentam a mortalidade no trauma com hemorragia. Restrição de movimento da coluna é o conjunto de medidas para minimizar o movimento da coluna em usuários com risco de lesão raquimedular, aplicado de forma seletiva conforme critérios clínicos, e não obrigatoriamente com prancha rígida. A ultrassonografia direcionada para o trauma avalia líquido livre abdominal, pericárdico e pleural e pneumotórax.

O atendimento começa antes de o usuário entrar. Ao receber aviso de chegada de vítima de trauma, prepara-se a sala de estabilização, com equipe de funções definidas, equipamentos de proteção individual, material de via aérea, aspiração, oxigênio, torniquete, cinta pélvica, soluções aquecidas e monitor. Obtêm-se do atendimento pré-hospitalar ou do acompanhante o mecanismo do trauma, o horário, os achados e os tratamentos realizados. Identificam-se os mecanismos de alta energia, entre eles ejeção de veículo, capotamento, morte de ocupante do mesmo veículo, atropelamento, queda de altura importante, colisão de motocicleta em alta velocidade e ferimento por arma de fogo ou arma branca em tronco, pescoço ou cabeça. A vítima sem identificação recebe identificação provisória conforme o protocolo institucional (ASM, 2026f).

Saber quem é vítima de trauma grave é o que define quem vai direto à sala de estabilização. É o usuário com alteração fisiológica, como hipotensão, taquicardia, alteração do nível de consciência ou desconforto respiratório; com lesão anatômica grave, como ferimento penetrante em cabeça, pescoço, tórax, abdome ou raiz de membros, instabilidade torácica, pelve instável, amputação, fratura exposta ou paralisia; ou com mecanismo de alta energia. Idosos, gestantes e usuários de anticoagulante têm maior risco de lesão grave com mecanismos aparentemente menores, e por isso são tratados como potencialmente graves mesmo com apresentação inicial tranquilizadora. O quadro seguinte reúne a avaliação primária passo a passo.

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

Quadro 133 - Avaliação primária no trauma

Etapa	Conteúdo
x, hemorragia exsanguinante externa	Compressão direta firme; torniquete no sangramento grave de membro não controlado por compressão, aplicado proximal à lesão e com registro do horário; curativo compressivo ou agente hemostático em áreas juncionais
A, via aérea com proteção cervical	Avaliação de permeabilidade, sangue, vômitos, corpo estranho e lesões faciais e cervicais; manobras de abertura sem hiperextensão; aspiração; via aérea avançada com estabilização manual da coluna quando indicada, e acesso cirúrgico se não for possível intubar nem oxigenar
B, respiração	Inspeção, palpação, percussão e ausculta do tórax, saturação e frequência respiratória; oxigênio para manter saturação adequada; identificação e tratamento imediato de pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço e tórax instável
C, circulação	Nível de consciência, cor da pele, pulso, enchimento capilar e pressão arterial; identificação das fontes de sangramento interno em tórax, abdome, pelve, ossos longos e retroperitônio; dois acessos calibrosos ou intraósseo; coleta de tipagem e exames; cinta pélvica na suspeita de fratura de pelve instável
D, neurológico	Escala de Coma de Glasgow, pupilas, sinais de lateralização, nível de lesão medular e glicemia capilar
E, exposição e ambiente	Exposição completa para exame, com rolamento em bloco quando indicado, e prevenção ativa da hipotermia com cobertores, ambiente aquecido e soluções aquecidas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de manejo do trauma.

O exame completo vem depois, e não disputa tempo com a transferência. O exame da cabeça aos pés e a história dirigida, com alergias, medicamentos, passado médico e gestação, última refeição, eventos e ambiente, somente são realizados após a estabilização e não retardam a transferência. Os exames compreendem tipagem sanguínea e prova cruzada, hemograma, coagulograma, gasometria com lactato ou déficit de base, eletrólitos, glicemia, gonadotrofina coriônica em mulheres em idade fértil e exames toxicológicos quando indicados; ultrassonografia direcionada, no plantão diurno de seis horas do médico ultrassonografista; radiografia de tórax e de pelve na sala de estabilização nos traumas graves; radiografias de extremidades após a estabilização; e tomografia somente em usuários estáveis, nunca retardando a transferência do instável.

A ressuscitação para controle de danos tem metas numéricas distintas conforme haja ou não trauma craniano. O controle precoce do sangramento é a prioridade, e a transferência para controle definitivo é acionada imediatamente. Adota-se hipotensão permissiva no usuário com hemorragia sem traumatismo cranioencefálico grave, com meta de pressão sistólica de 80 a 90 milímetros de mercúrio até o controle do sangramento. No traumatismo cranioencefálico grave a hipotensão permissiva é contraindicada, mantendo-se pressão arterial média igual ou superior a 80 milímetros de

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

mercúrio e evitando sistólica inferior a 100 a 110 conforme a idade. Usam-se cristaloides em volume restrito, em pequenos bolus conforme a resposta, evitando grandes volumes, e, por não haver hemocomponentes nas unidades, com acionamento imediato do Complexo Regulador Estadual para transferência do usuário que necessite de transfusão.

Uma medida farmacológica tem janela estreita e por isso é cronometrada. Administra-se ácido tranexâmico de 1 grama intravenoso em 10 minutos nos usuários com hemorragia significativa ou risco dela, o mais precocemente possível e em até 3 horas do trauma, seguido de 1 grama em 8 horas, não se iniciando após 3 horas. Previnem-se ativamente a hipotermia, a acidose e a coagulopatia, com soluções aquecidas, cobertura térmica, correção da perfusão e controle do sangramento, porque os três componentes da tríade letal se instalam juntos e se corrigem juntos. O quadro seguinte reúne a conduta por tipo de lesão.

Quadro 134 - Conduta por tipo de lesão no trauma

Lesão	Conduta
Pneumotórax hipertensivo	Diagnóstico clínico, com desconforto respiratório, hipotensão, murmúrio abolido, desvio de traqueia e turgência jugular; descompressão imediata por médico, por agulha ou toracostomia digital, seguida de drenagem torácica, sem aguardar radiografia
Pneumotórax aberto	Curativo oclusivo com válvula, ou fixado em três lados, e drenagem torácica
Hemotórax maciço	Drenagem torácica, ressuscitação e transferência imediata para toracotomia
Tamponamento cardíaco	Ressuscitação volêmica e transferência imediata; pericardiocentese apenas como medida de salvamento, por médico habilitado
Tórax instável e contusão pulmonar	Oxigênio, analgesia adequada e suporte ventilatório
Trauma abdominal e pélvico	Usuário instável com ultrassonografia positiva ou com sinais de peritonite, evisceração ou ferimento penetrante é transferido imediatamente para cirurgia; na suspeita de fratura de pelve instável, cinta pélvica ao nível dos trocânteres, sem manipulação repetida; objetos empalados não são removidos na unidade, que estabiliza e transfere
Traumatismo cranioencefálico	Evitar hipóxia e hipotensão, que ampliam a lesão secundária; cabeceira a 30 graus se não houver hipotensão, com alinhamento cervical; classificação pela Escala de Coma de Glasgow em leve de 13 a 15, moderado de 9 a 12 e grave de 3 a 8; no grave, via aérea avançada, normoventilação, controle glicêmico e térmico e transferência imediata para serviço com neurocirurgia, reservadas a hiperventilação e a terapia hiperosmolar a sinais de herniação; usuários em uso de anticoagulante ou antiagregante têm maior risco de hemorragia intracraniana
Trauma raquimedular	Restrição de movimento da coluna conforme critérios clínicos, com colar cervical de tamanho adequado e rolamento em bloco, evitando permanência prolongada em prancha rígida, que serve ao transporte e é retirada o mais precocemente possível; o choque neurogênico, com hipotensão e bradicardia, exige reposição cautelosa e vasopressor, após exclusão de hemorragia

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

Lesão	Conduta
Trauma musculoesquelético	Controle do sangramento, alinhamento e imobilização das fraturas, com avaliação neurovascular antes e depois; nas fraturas expostas, antimicrobiano intravenoso o mais precocemente possível, curativo estéril, imobilização e profilaxia do tétano; nas amputações traumáticas, controle do sangramento e preservação do segmento amputado

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de manejo do trauma.

Duas decisões de imagem do trauma leve têm regra escrita, e é ela que impede tanto a tomografia desnecessária quanto a lesão não identificada. No traumatismo cranioencefálico leve, assim considerado o usuário com Escala de Coma de Glasgow de 13 a 15 e perda de consciência, amnésia ou desorientação testemunhadas, a regra canadense indica a tomografia diante de qualquer critério de risco alto ou médio adiante relacionado. A regra não se aplica ao usuário em uso de anticoagulante, com convulsão após o trauma ou com menos de 16 anos, que exigem avaliação individualizada. Como a tomografia não existe nas duas unidades, o critério atendido converte-se em solicitação imediata de transferência ao Complexo Regulador Estadual, e não em pedido de exame.

Quadro 135 - Critérios de apoio à indicação de tomografia no traumatismo cranioencefálico leve

Risco	Critério
Alto, com risco de intervenção neurocirúrgica	Escala de Coma de Glasgow inferior a 15 duas horas após o trauma; suspeita de fratura aberta ou com afundamento; sinais de fratura de base de crânio, entre eles hemotímpano, equimose periorbitária, rinorreia ou otorreia de líquor e equimose retroauricular; dois ou mais episódios de vômito; idade igual ou superior a 65 anos
Médio, com risco de lesão cerebral na tomografia	Amnésia retrógrada de 30 minutos ou mais; mecanismo perigoso, entre eles atropelamento, ejeção de veículo e queda de altura superior a 1 metro ou a 5 degraus

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de manejo do trauma.

Na coluna cervical a regra opera em sentido inverso, porque autoriza a dispensa do exame. Os critérios NEXUS dispensam a imagem apenas quando todos estiverem presentes ao mesmo tempo: ausência de dor à palpação da linha média cervical posterior, ausência de déficit neurológico focal, estado de alerta normal, ausência de intoxicação e ausência de lesão dolorosa que distraia a atenção do usuário. Faltando um só, a imobilização é mantida e a imagem é indicada, com a consequência de transferência que a indisponibilidade de tomografia impõe. A regra canadense para coluna cervical é alternativa validada, de uso conforme a padronização institucional, e a opção adotada em cada atendimento é registrada no prontuário eletrônico.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

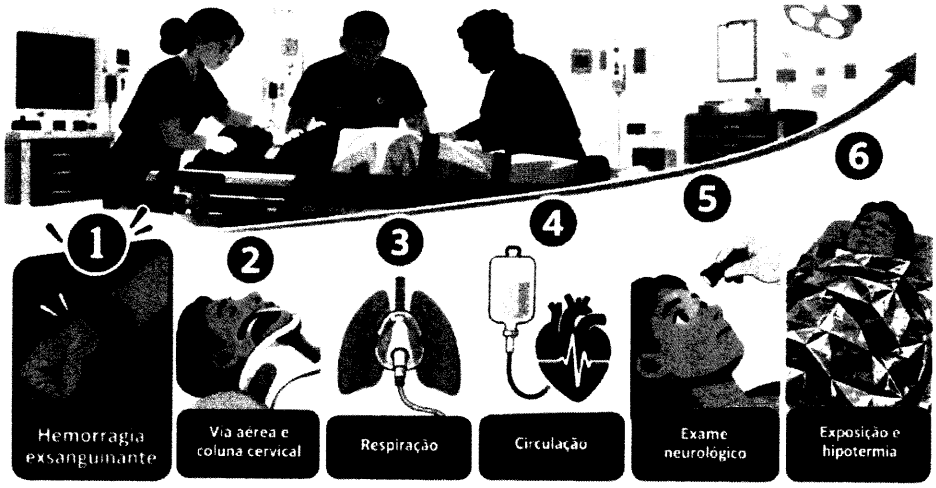
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A vigilância do usuário traumatizado é contínua e tem itens próprios. Mantêm-se monitorização cardíaca contínua, oximetria, pressão arterial frequente e temperatura; Escala de Coma de Glasgow e pupilas seriados; diurese, com sondagem vesical conforme indicação e após excluir lesão uretral, sinalizada por sangue no meato ou hematoma perineal; reavaliação da avaliação primária após cada intervenção e diante de qualquer piora; e controle do tempo de torniquete. Os indicadores do protocolo são o tempo entre a chegada e a avaliação médica na vítima de trauma grave, o tempo entre a chegada e o acionamento da regulação, o percentual de usuários com hemorragia significativa que receberam ácido tranexâmico em até 3 horas, o percentual de registros com mecanismo do trauma descrito e o percentual de protocolos com registro completo. A figura seguinte representa a ordem de prioridade da avaliação primária.

Figura 49 - Ordem de prioridade na avaliação primária do trauma



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

As referências técnicas do protocolo são o Advanced Trauma Life Support (ACS, 2018), a diretriz europeia para o manejo do sangramento maior e da coagulopatia após trauma (ROSSAINT et al., 2023), os estudos CRASH-2 e CRASH-3 (CRASH-2 TRIAL COLLABORATORS, 2010; CRASH-3 TRIAL COLLABORATORS, 2019), as diretrizes da Brain Trauma Foundation para o manejo do traumatismo cranioencefálico grave (BTF, 2017) e a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014). A atualização dessas referências é acompanhada pelo Responsável Técnico Médico, que leva à Comissão de Análise e Revisão de Prontuários qualquer mudança de

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

diretriz que altere conduta, prazo ou dose aqui previstos, e a revisão decorrente é divulgada à equipe antes de passar a valer no plantão.

V.1.9.6 Referências técnicas, responsável pela atualização e periodicidade de revisão

Protocolo sem dono e sem data de validade envelhece dentro do arquivo e continua sendo citado como se estivesse vigente. Por isso cada protocolo deste manual tem referências técnicas identificadas, responsável nominal pela atualização e periodicidade de revisão definida, e esses três dados constam da folha de identificação de cada documento (ASM, 2026f). Sem eles, a equipe não tem como saber se a conduta que está aplicando é a última aprovada.

A atualização técnica de cada protocolo é de responsabilidade do Responsável Técnico Médico da unidade, nos protocolos de conduta clínica, e do Responsável Técnico de Enfermagem, nos protocolos de processo assistencial, sempre com revisão cruzada entre os dois e homologação pelo Núcleo de Segurança do Paciente. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde é responsável por levar cada versão aprovada à equipe, com registro de participação, porque protocolo revisado e não divulgado não produz efeito. A revisão ordinária é bienal, e a extraordinária ocorre a qualquer tempo diante de atualização de diretriz nacional ou internacional de referência, de mudança normativa, de evento sentinela ou de não conformidade identificada na análise de indicadores, de alteração de estrutura, de equipamento ou de padronização de medicamentos da unidade, ou de recomendação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, da Comissão de Revisão de Óbitos ou do Núcleo de Segurança do Paciente.

O controle do acervo é feito por um instrumento único e visível. A unidade mantém lista mestra dos protocolos em vigor, com título, código, versão, data de emissão, data da última revisão, data da próxima revisão e responsável, disponível na intranet e afixada nos postos assistenciais. Versões superadas são retiradas de circulação e arquivadas, e nenhuma cópia não controlada circula nas áreas assistenciais, para que não exista no plantão mais de uma resposta escrita para a mesma pergunta clínica. O quadro seguinte reúne, por protocolo, as referências técnicas, o responsável pela atualização e a periodicidade de revisão.

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

Quadro 136 - Referências técnicas, responsável e periodicidade por protocolo

Protocolo	Referências técnicas principais	Responsável pela atualização	Revisão
Acolhimento com classificação de risco	Resolução CFM nº 2.079/2014; Resolução COFEN nº 736/2024; Política Nacional de Humanização	Responsável Técnico de Enfermagem	Bienal
Dor torácica e síndrome coronariana aguda	Quarta Definição Universal de Infarto; diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia, 2023; diretriz norte-americana, 2025; V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2015	Responsável Técnico Médico	Bienal
Acidente vascular cerebral	Diretrizes da American Heart Association e da American Stroke Association; linha de cuidado do Ministério da Saúde	Responsável Técnico Médico	Bienal
Sepse e choque séptico	Sepsis-3; Surviving Sepsis Campaign; Instituto Latino-Americano de Sepse	Responsável Técnico Médico, com o farmacêutico	Bienal
Manejo do trauma	Advanced Trauma Life Support, 11ª edição; diretriz europeia de sangramento no trauma, 2023; CRASH-2 e CRASH-3; Brain Trauma Foundation	Responsável Técnico Médico	Bienal
Demais protocolos do manual	Diretrizes nacionais e internacionais específicas de cada tema, identificadas na folha de identificação de cada documento	Responsável Técnico Médico ou de Enfermagem, conforme a natureza	Bienal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

Aprovada a revisão, ela precisa chegar ao plantão em prazo certo. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde conduz a divulgação em até 30 dias, com encontro presencial em cada turno, material de apoio afixado no posto correspondente e registro nominal de participação. Os profissionais que não participarem são convocados em nova data, e o percentual de cobertura da divulgação é indicador do próprio programa de educação permanente. Enquanto a divulgação não se completa, a versão anterior permanece disponível, para que nenhum plantão opere sem referência escrita.

A capacitação que sustenta o manual tem calendário e cobertura exigida. Todo profissional assistencial recebe treinamento introdutório nos protocolos deste manual antes do primeiro plantão, com reciclagem anual em suporte básico de vida e nos protocolos de tempo crítico, reciclagem bienal em suporte avançado de vida para médicos e enfermeiros da área crítica e simulação trimestral de parada cardiorrespiratória e de via aérea difícil em cada turno de cada unidade (AHA, 2025; DAS, 2015). A cobertura exigida é de noventa por cento ou mais dos profissionais de cada categoria com capacitação vigente, apurada mensalmente pelo Núcleo de Educação Permanente em

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

Saúde com registro nominal de frequência, e a divulgação de cada revisão de protocolo alcança noventa e cinco por cento dos profissionais em até trinta dias da aprovação e a totalidade dos profissionais em atividade em até sessenta dias.

V.1.9.7 Manejo do paciente na parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar

A parada cardiorrespiratória é o único evento da urgência em que o desfecho depende quase inteiramente de três coisas que não dependem de recurso: reconhecer em menos de 10 segundos, comprimir bem e desfibrilar cedo (AHA, 2025). Tudo o mais é acessório. O protocolo existe para que essas três coisas aconteçam da mesma forma em qualquer plantão, inclusive às quatro da manhã, com a equipe reduzida. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar integra o Anexo XXIV.

Quadro 137 - Folha de identificação do Protocolo de Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo do Paciente na Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Todos os ambientes da unidade, inclusive recepção, espera, consultórios, apoio diagnóstico e áreas de circulação, com condução na sala de estabilização
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização das diretrizes de reanimação
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o reconhecimento da parada cardiorrespiratória, o acionamento da equipe, a ressuscitação de alta qualidade, a desfibrilação precoce, o suporte avançado com pesquisa das causas reversíveis, os cuidados após o retorno da circulação espontânea e a decisão de encerramento dos esforços. A sequência operacional é reconhecimento, acionamento da equipe e do

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

desfibrilador, ressuscitação de alta qualidade, análise do ritmo e desfibrilação quando indicada, suporte avançado com pesquisa das causas reversíveis, retorno da circulação espontânea com cuidados subsequentes ou encerramento dos esforços, e registro, comunicação e discussão da equipe (AHA, 2025).

As competências são declaradas antes do evento, porque ninguém as distribui durante. O médico lidera o atendimento, define a conduta, opera o desfibrilador manual, executa a via aérea avançada e decide sobre o encerramento dos esforços. O enfermeiro reconhece a parada, aciona a equipe, executa compressões e ventilação, opera o cardioversor com desfibrilador manual para a análise do ritmo e para o choque (COFEN, 2022), obtém acesso venoso, administra os medicamentos prescritos, coordena a equipe de enfermagem, registra e mantém o teste funcional do desfibrilador. O técnico de enfermagem reconhece a parada, aciona a equipe, executa compressões e ventilação com bolsa-válvula-máscara, aplica as pás do cardioversor com desfibrilador manual sob orientação do médico, punciona acesso periférico, administra medicamentos sob supervisão e registra os horários. O farmacêutico padroniza, confere e repõe os medicamentos do carro de emergência. Os demais trabalhadores da unidade, quando capacitados, reconhecem a pessoa que não responde, acionam imediatamente a equipe e iniciam compressões torácicas.

As definições do protocolo transformam qualidade em número. Parada cardiorrespiratória é a cessação da atividade mecânica cardíaca, reconhecida por ausência de resposta, ausência de respiração ou respiração anormal em gasping e ausência de pulso central palpável. São ritmos chocáveis a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular sem pulso, e não chocáveis a atividade elétrica sem pulso e a assistolia. Ressuscitação de alta qualidade é a que mantém compressões com frequência de 100 a 120 por minuto, profundidade de pelo menos 5 centímetros sem exceder 6 no adulto, retorno completo do tórax, interrupções inferiores a 10 segundos e ventilação sem hiperventilação (AHA, 2025). Retorno da circulação espontânea é o restabelecimento de ritmo organizado com pulso palpável e pressão arterial mensurável. Causas reversíveis são as condições tratáveis que podem causar ou manter a parada, sistematizadas como cinco hs e cinco tês.

O reconhecimento tem prazo e tem gesto definido. Verifica-se a segurança do local, avalia-se a responsividade chamando e tocando o usuário pelos ombros e, não

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

havendo resposta, aciona-se imediatamente a equipe e solicitam-se o desfibrilador e o carro de emergência. Respiração e pulso central são verificados simultaneamente, em no máximo 10 segundos: respiração ausente ou apenas em gasping, sem pulso definido, caracteriza parada, e as compressões começam de imediato. O usuário com pulso e sem respiração normal recebe ventilação com bolsa-válvula-máscara, uma ventilação a cada 6 segundos, com reavaliação do pulso a cada 2 minutos. A ressuscitação é iniciada em toda parada, exceto quando houver risco à segurança da equipe, sinais evidentes de morte irreversível, como rigidez cadavérica, livores, decomposição ou lesões incompatíveis com a vida, ou diretiva antecipada de vontade ou decisão de limitação de suporte registrada. Na dúvida, a ressuscitação é iniciada.

A qualidade da compressão é o que a equipe treina e o que a supervisão cobra. Mantém-se o usuário em decúbito dorsal sobre superfície rígida, com prancha no leito se necessário; mãos sobrepostas na metade inferior do esterno; frequência de 100 a 120 compressões por minuto e profundidade de pelo menos 5 centímetros sem exceder 6; retorno completo do tórax após cada compressão, sem apoiar o peso; pausas inferiores a 10 segundos para análise do ritmo, choque ou ventilação; troca do responsável pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes diante de fadiga, preferencialmente durante a análise do ritmo; sem via aérea avançada, ciclos de 30 compressões e 2 ventilações; com via aérea avançada, compressões contínuas e uma ventilação a cada 6 segundos; e oxigênio na maior concentração disponível.

A equipe que executa isso trabalha com funções nomeadas e fala em voz alta. As funções são definidas antes e verbalizadas durante o atendimento, com líder, responsável pelas compressões em revezamento, responsável pela via aérea e ventilação, responsável pelo desfibrilador e pelo monitor, responsável pelo acesso venoso e pelos medicamentos e responsável pelo registro e pelo controle do tempo. A comunicação é em alça fechada, com confirmação verbal de cada ordem recebida, e o responsável pelo registro anuncia em voz alta o tempo decorrido a cada ciclo de 2 minutos e os horários dos medicamentos. Os quadros seguintes reúnem a conduta por ritmo e a terapia medicamentosa no adulto.

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

Quadro 138 - Conduta por ritmo na parada cardiorrespiratória

Ritmo	Conduta
Chocável, fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso	Aplicar o choque tão logo o ritmo seja identificado e retomar imediatamente as compressões por 2 minutos, sem checar pulso após o choque. Energia do desfibrilador bifásico conforme a recomendação do fabricante, em geral de 120 a 200 joules, e, se desconhecida, a carga máxima disponível; desfibrilador monofásico com 360 joules; choques subsequentes com energia igual ou superior. Adrenalina após a falha das tentativas iniciais de desfibrilação, repetida a cada 3 a 5 minutos. Antiarrítmico, amiodarona ou lidocaína, na refratariedade à desfibrilação
Não chocável, atividade elétrica sem pulso ou assistolia	Manter ressuscitação de alta qualidade em ciclos de 2 minutos. Administrar adrenalina o mais precocemente possível e repetir a cada 3 a 5 minutos. Na assistolia, confirmar o ritmo verificando conexões, ganho do monitor e derivação. Pesquisar e tratar ativamente as causas reversíveis
Via aérea	A ventilação com bolsa-válvula-máscara com oxigênio é aceitável durante a ressuscitação, com cânula orofaríngea quando necessário. A via aérea avançada é inserida por profissional habilitado, sem interrupção prolongada das compressões, e a posição do tubo é confirmada pela visualização da passagem do tubo, pela expansibilidade torácica bilateral, pela ausculta em cinco pontos e pelo detector colorimétrico de dióxido de carbono, com registro do método utilizado, associada à avaliação clínica
Acesso vascular	Tentar inicialmente o acesso venoso periférico; o acesso intraósseo é aceitável se as tentativas forem malsucedidas ou inviáveis. Cada medicamento é seguido de bólus de 20 mililitros de solução fisiológica e elevação do membro

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar.

Quadro 139 - Terapia medicamentosa na parada cardiorrespiratória, adulto

Medicamento	Dose	Indicação e observações
Adrenalina	1 mg intravenoso ou intraósseo a cada 3 a 5 minutos	No ritmo não chocável, o mais precocemente possível; no chocável, após a falha das tentativas iniciais de desfibrilação. A vasopressina não oferece vantagem sobre a adrenalina
Amiodarona	Primeira dose de 300 mg em bólus; segunda dose de 150 mg	Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso refratária à desfibrilação
Lidocaína	Primeira dose de 1 a 1,5 mg por quilograma; doses adicionais de 0,5 a 0,75 mg por quilograma, até o máximo de 3 mg por quilograma	Alternativa à amiodarona na mesma indicação
Sulfato de magnésio	1 a 2 gramas intravenosos ou intraósseos	Torsades de pointes; não recomendado de rotina na parada
Bicarbonato de sódio	Conforme prescrição médica	Não recomendado de rotina; considerar em situações específicas, como hiperpotassemia ou intoxicação por antidepressivos tricíclicos

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar.

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

Algumas situações alteram a conduta sem alterar a prioridade das compressões. Na gestante, faz-se deslocamento manual do útero para a esquerda durante a ressuscitação e aciona-se imediatamente suporte obstétrico. Na suspeita de intoxicação por opioide, administra-se naloxona, desde que não interfira na ressuscitação de alta qualidade com ventilações. No trauma, dá-se prioridade às causas reversíveis traumáticas, entre elas hemorragia, pneumotórax hipertensivo e tamponamento (ACS, 2018). Na hipotermia, a conduta é definida pela avaliação médica, com transferência para serviço de referência. Em nenhuma delas a busca pela causa justifica interromper as compressões por mais de 10 segundos.

Obtido o retorno da circulação espontânea, o atendimento muda de objetivo e passa a ter metas numéricas. Assegura-se via aérea avançada com posição confirmada, quando indicada; saturação periférica entre 90 e 98 por cento, com titulação da fração inspirada de oxigênio, mantendo oxigênio a 100 por cento até ser possível medir a saturação de forma confiável; pressão parcial de dióxido de carbono entre 35 e 45 milímetros de mercúrio, na ausência de acidemia grave, evitando hiperventilação; pressão arterial média de pelo menos 65 milímetros de mercúrio, com fluidos ou vasopressor; glicemia entre 70 e 180 miligramas por decilitro; eletrocardiograma de 12 derivações precoce para pesquisa de isquemia ou arritmia; e controle de temperatura, evitando febre e, no usuário que não responde a comandos, programando a estratégia de controle de temperatura com o serviço de destino (AHA, 2025).

O destino do usuário reanimado é sempre fora da unidade. Ele permanece na sala de estabilização, com monitorização contínua, até a transferência, que é obrigatória e se faz pelo Complexo Regulador Estadual. Vão para serviço com hemodinâmica os casos com supradesnivelamento persistente do segmento ST, choque cardiogênico, arritmias ventriculares recorrentes ou refratárias ou isquemia miocárdica grave, e para terapia intensiva os demais, em especial os que não respondem a comandos. O transporte é em suporte avançado, com médico, monitorização contínua, desfibrilador e ventilação adequada. Não se aplica alta da unidade ao usuário reanimado, e essa vedação é verificada na revisão de prontuários.

Quando a ressuscitação não obtém resposta, a decisão de encerrar tem critérios e tem autor. A decisão é médica e considera, em conjunto, o tempo de parada sem retorno

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

da circulação, o ritmo inicial e a sua evolução, a presença de testemunha e o tempo até o início da ressuscitação, as comorbidades e o prognóstico, a resposta às intervenções, a exclusão das causas reversíveis e as diretivas antecipadas de vontade. Nenhum parâmetro isolado é usado como critério único. Encerrados os esforços, o médico constata e registra o óbito, a família é comunicada de forma acolhedora e a declaração de óbito ou o encaminhamento ao serviço competente segue a norma do Conselho Federal de Medicina e o fluxo da unidade (CFM, 2005), com notificação à Comissão de Revisão de Óbitos.

O registro desse atendimento é integral e cronometrado, porque é a única prova do que foi feito. Registram-se o horário do reconhecimento da parada e do início da ressuscitação; o ritmo inicial e os ritmos subsequentes; os horários e a energia de cada choque; os horários, as doses e as vias dos medicamentos; o horário e o tipo de via aérea avançada e o método de confirmação; as causas reversíveis pesquisadas e os tratamentos realizados; o horário do retorno da circulação espontânea ou do encerramento dos esforços, com a fundamentação da decisão; a condição e os parâmetros após o retorno, o contato com a regulação e o horário de saída; e as anotações de enfermagem conforme o processo de enfermagem (COFEN, 2024), lançadas no momento do ato.

A segurança desse atendimento é construída fora do evento, na rotina de cada plantão. O carro de emergência é padronizado, lacrado e conferido pelo enfermeiro assistencial da área crítica no início de cada plantão, às sete e às dezenove horas, com registro em lista de verificação diária de prontidão que anota a integridade e o número do lacre, a validade do conjunto e o teste do cardioversor com desfibrilador; o teste de carga e de descarga do cardioversor com desfibrilador manual é diário, no mesmo ato. Durante o choque observa-se a segurança elétrica, com aviso verbal, verificação de que ninguém toca o usuário ou a maca e retirada da fonte de oxigênio de fluxo livre do tórax. A equipe recebe capacitação periódica em suporte básico e avançado de vida, com simulação; faz discussão após cada atendimento; admite a presença da família durante a ressuscitação, quando possível e apropriado, com apoio de profissional designado; e notifica incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente (ANVISA, 2013).

A medição do protocolo reúne seis números: número de paradas atendidas por mês, percentual com retorno da circulação espontânea, tempo entre o reconhecimento e o primeiro choque nos ritmos chocáveis, percentual de registros completos no formulário

CNPJ - 27.324.279/0001-15

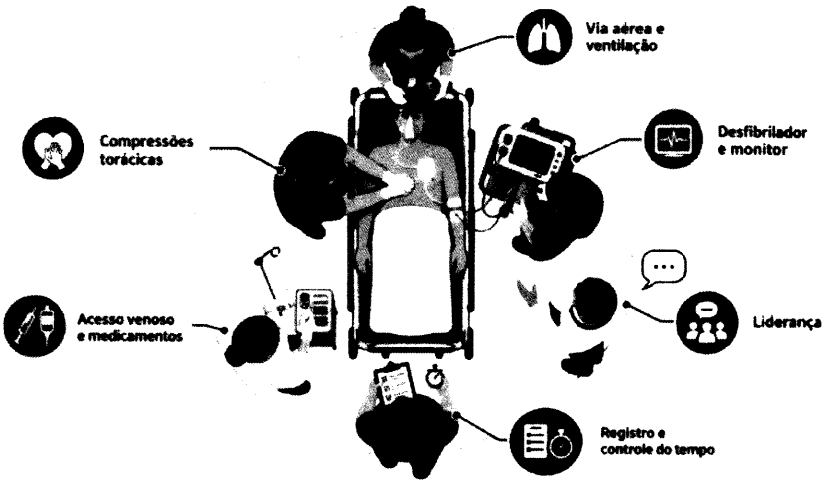
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

próprio, percentual de conferências do carro de emergência realizadas e percentual da equipe com capacitação vigente em suporte de vida. São apurados mensalmente e levados à Comissão de Revisão de Óbitos e ao Núcleo de Segurança do Paciente, com plano de ação sempre que o tempo até o primeiro choque ou a conferência do carro ficarem abaixo da meta. A figura seguinte representa as posições e as funções da equipe no atendimento.

Figura 50 - Posições e funções da equipe no atendimento à parada cardiorrespiratória



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

As referências técnicas do protocolo são as diretrizes para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência (AHA, 2025), a norma sobre a atuação da enfermagem na desfibrilação (COFEN, 2022), a norma sobre o processo de enfermagem (COFEN, 2024), as resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre terminalidade, diretivas antecipadas de vontade e declaração de óbito (CFM, 2005; CFM, 2006; CFM, 2012), a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b) e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013).

A estrutura que viabiliza esse protocolo está definida unidade por unidade. A UPA 24 horas Norte mantém dois carros de emergência lacrados, um na sala de estabilização de seis leitos e um na área de observação, e a UPA 24 horas Sul mantém dois, um na sala de estabilização de quatro leitos e um na área de observação, cada um com material de via aérea completo e relação padronizada afixada na tampa (PALMAS, 2026). Os dois cardioversores com desfibrilador manual de cada unidade permanecem na área crítica,

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

um deles acoplado ao carro da sala de estabilização. O técnico de enfermagem escalado na área crítica confere o lacre e a integridade a cada passagem de plantão, o enfermeiro assistencial da área crítica registra a conferência em impresso próprio e testa o desfibrilador diariamente, e o farmacêutico confere a validade e a reposição dos medicamentos semanalmente e após cada uso, com meta interna de gestão igual ou superior a noventa e oito por cento de conferências realizadas e registradas.

V.1.9.8 Manejo do paciente com insuficiência respiratória aguda

O oxigênio é o medicamento mais administrado em uma porta de urgência e o menos prescrito com critério. Dar oxigênio demais tem custo clínico demonstrado, e dar de menos a quem retém gás carbônico tem custo imediato (BTS, 2017). Por isso este protocolo trata o oxigênio como medicamento, com alvo de saturação prescrito para cada usuário. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda integra o Anexo XXV.

Quadro 140 - Folha de identificação do Protocolo de Insuficiência Respiratória Aguda

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo do Paciente com Insuficiência Respiratória Aguda
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de medicação e inalação, sala de estabilização, área de observação, laboratório, radiologia e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o reconhecimento da insuficiência respiratória aguda, a definição do alvo de saturação, a oxigenoterapia titulada, a identificação e o tratamento da causa, a indicação do suporte ventilatório e a definição do destino. A sequência operacional é reconhecimento, avaliação primária e monitorização,

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

definição do alvo de saturação e oxigenoterapia, identificação da causa e tratamento específico, suporte ventilatório quando indicado, reavaliação e definição do destino. Essa ordem é a mesma nas duas unidades e vale em todos os turnos. Essa ordem é a mesma nas duas unidades, vale em todos os turnos e vincula tanto o médico plantonista quanto a equipe de enfermagem que executa a oxigenoterapia prescrita.

As definições que sustentam essa sequência são precisas: insuficiência respiratória aguda é a incapacidade aguda do sistema respiratório de manter oxigenação ou eliminação de dióxido de carbono adequadas; a forma hipoxêmica tem pressão parcial de oxigênio inferior a 60 milímetros de mercúrio em ar ambiente, com dióxido de carbono normal ou reduzido; a forma hipercápnica tem dióxido de carbono superior a 45 milímetros de mercúrio e, quando aguda ou agudizada, acidose respiratória com pH inferior a 7,35. Alvo de saturação é a faixa a ser mantida pela titulação do oxigênio, prescrita para cada usuário, e ventilação não invasiva é o suporte com pressão positiva aplicada por interface externa, sem via aérea artificial, recurso que não integra a relação de bens e equipamentos das duas unidades (PALMAS, 2026).

O reconhecimento parte de sinais que exigem avaliação médica imediata. São eles a dispneia de início ou piora recente; a frequência respiratória elevada, o uso de musculatura acessória, as tiragens, o batimento de asa de nariz, a respiração paradoxal ou a incapacidade de completar frases; a saturação reduzida em relação ao habitual do usuário; a cianose, a sudorese e a alteração do nível de consciência, com agitação, confusão ou sonolência, que indicam gravidade; e a bradipneia ou as pausas respiratórias em usuário sonolento, que podem indicar hipercapnia ou intoxicação. Sonolência em usuário dispneico não é melhora.

Antes de abrir o fluxo de oxigênio, a equipe identifica quem retém gás carbônico. São os usuários com doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade grave com hipoventilação, doenças neuromusculares, deformidades da caixa torácica, fibrose cística e bronquiectasias com retenção conhecida (GOLD, 2026). Identificá-los antes de iniciar o oxigênio é o que define o alvo que será prescrito, porque o alvo errado em usuário retentor produz piora da acidose respiratória em minutos. O quadro seguinte reúne o alvo de saturação por situação e os dispositivos de oxigenoterapia disponíveis.

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

Quadro 141 - Alvo de saturação por situação e dispositivos de oxigenoterapia

Situação ou dispositivo	Parâmetro	Uso
Maioria dos usuários agudamente enfermos	Saturação de 94 a 98 por cento	Alvo prescrito em prontuário
Risco de insuficiência respiratória hipercápnica	Saturação de 88 a 92 por cento, até o resultado da gasometria	Alvo prescrito em prontuário
Usuários críticos, em choque, parada ou anafilaxia grave	Oxigênio em alta concentração inicialmente, com titulação posterior ao alvo	Máscara com reservatório
Cateter nasal	1 a 6 litros por minuto, com fração inspirada aproximada de 24 a 50 por cento	Hipoxemia leve a moderada
Máscara simples	5 a 10 litros por minuto, com fração inspirada aproximada de 40 a 60 por cento	Hipoxemia moderada, sem risco de hipercapnia
Máscara com reservatório	15 litros por minuto, com fração inspirada aproximada de 60 a 90 por cento	Hipoxemia grave e usuários críticos
Máscara de Venturi	24 a 60 por cento, conforme a válvula e o fluxo indicado pelo fabricante	Usuários com risco de hipercapnia, iniciando entre 24 e 28 por cento

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de insuficiência respiratória aguda.

Há duas regras de abstenção que valem para todos os casos. O oxigênio suplementar não é indicado de rotina em usuário não hipoxêmico, e a oxigenoterapia liberal já foi associada a maior mortalidade em adultos agudamente enfermos (BTS, 2017). Na síndrome coronariana aguda e no acidente vascular cerebral valem os alvos dos protocolos respectivos, e não os deste, para que não haja duas prescrições concorrentes de oxigênio para o mesmo usuário.

A avaliação inicial reúne o que muda a conduta e o que permite comparar depois. Aferem-se sinais vitais completos, com frequência respiratória contada em um minuto; fazem-se ausculta pulmonar e cardíaca, com pesquisa de assimetria de expansibilidade, desvio de traqueia, estase jugular e edema periférico; glicemia capilar; e registro do uso prévio de oxigênio domiciliar e da saturação habitual, quando conhecida. Conforme a disponibilidade, colhem-se gasometria arterial nos casos moderados a graves, com risco de hipercapnia ou com sonolência, repetida após mudanças terapêuticas relevantes; radiografia de tórax, sem retardar o suporte; eletrocardiograma de 12 derivações; e exames laboratoriais conforme a suspeita.

A monitorização tem periodicidade declarada e responsável nomeado. Mantêm-se oximetria contínua e monitorização cardíaca; a frequência e o esforço respiratórios são reavaliados a cada quinze minutos enquanto houver instabilidade e a cada hora após a estabilização, pelo técnico de enfermagem, com conferência do enfermeiro assistencial

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

ao fim de cada hora; e o nível de consciência é avaliado de forma seriada, especialmente em usuários com risco de hipercapnia, com gasometria de controle conforme prescrição. A equipe é orientada quanto à menor acurácia da oximetria em pele mais escura, em má perfusão e na intoxicação por monóxido de carbono, situações em que o valor é correlacionado com a clínica e com a gasometria.

O suporte não invasivo tem indicação, contraindicação e critério de falha escritos. É indicado, conforme a disponibilidade do equipamento na unidade, na doença pulmonar obstrutiva crônica com insuficiência respiratória hipercápnica aguda ou agudizada, com pH igual ou inferior a 7,35 e dióxido de carbono superior a 45 milímetros de mercúrio, após o tratamento clínico inicial e o oxigênio controlado, e no edema agudo de pulmão cardiogênico (GOLD, 2026). São contraindicações a parada cardiorrespiratória ou respiratória, a incapacidade de proteger a via aérea ou de eliminar secreções, o rebaixamento do nível de consciência não relacionado à hipercapnia, a instabilidade hemodinâmica grave, os vômitos incoercíveis ou a hemorragia digestiva alta, o trauma ou a cirurgia facial que impeça a interface, a obstrução de via aérea superior e o pneumotórax não drenado.

O protocolo declara também quando o suporte não invasivo deve ser abandonado, porque insistir nele depois da falha é a forma mais comum de perder tempo no manejo da insuficiência respiratória aguda. São critérios de falha, com indicação de intubação, a ausência de melhora ou a piora do pH, do dióxido de carbono, da frequência respiratória, do esforço ou do nível de consciência após 1 a 2 horas, a intolerância à interface, a instabilidade hemodinâmica e as arritmias graves. A intubação não é retardada diante de falha.

A ventilação mecânica invasiva tem indicações próprias e parâmetros iniciais definidos. É indicada na parada respiratória, no rebaixamento do nível de consciência com incapacidade de proteção da via aérea, na hipoxemia refratária, na fadiga ventilatória e na instabilidade hemodinâmica grave. Após a intubação, mantêm-se volume corrente de 6 mililitros por quilograma de peso predito, pressão de platô igual ou inferior a 30 centímetros de água quando mensurável, pressão positiva ao final da expiração e fração inspirada ajustadas para a saturação no alvo, e, na doença obstrutiva e na asma, frequência

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

respiratória e tempo expiratório ajustados para evitar hiperinsuflação (GINA, 2026). O quadro seguinte reúne o tratamento dirigido à causa.

Quadro 142 - Tratamento dirigido à causa na insuficiência respiratória aguda

Causa	Conduta
Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica	Broncodilatadores de curta ação, corticosteroide sistêmico e antimicrobiano quando houver sinais de infecção bacteriana, com oxigênio controlado no alvo de 88 a 92 por cento
Crise de asma	Broncodilatador de curta ação repetido, brometo de ipratrópio nas crises graves, corticosteroide sistêmico precoce e sulfato de magnésio intravenoso nas crises graves sem resposta ao tratamento inicial
Edema agudo de pulmão cardiogênico	Posição sentada, oxigênio no alvo prescrito, nitrato quando a pressão arterial permitir e diurético conforme prescrição, com avaliação de síndrome coronariana aguda e de emergência hipertensiva
Pneumonia	Antimicrobiano conforme o guia institucional, com avaliação de sepse pelo protocolo gerenciado
Pneumotórax hipertensivo	Descompressão imediata por médico habilitado e drenagem torácica, conforme disponibilidade, ou transferência
Suspeita de tromboembolismo pulmonar	Avaliação médica, estratificação de risco e transferência; anticoagulação ou fibrinólise conforme decisão médica e estrutura disponível
Depressão respiratória por opioide	Naloxona, com vigilância do nível de consciência e do padrão respiratório

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de insuficiência respiratória aguda.

A terapia medicamentosa de referência tem doses escritas, para que não sejam recalculadas na crise. Administram-se salbutamol por aerossol dosimetrado com espaçador, de 4 a 10 jatos de 100 microgramas a cada 20 minutos na primeira hora da crise de asma, admitida a nebulização conforme padronização; brometo de ipratrópio associado ao beta-2 agonista nas crises graves de asma e nas exacerbações da doença obstrutiva; corticosteroide sistêmico, com prednisona de 40 miligramas ao dia por 5 dias na doença obstrutiva e prednisolona de 40 a 50 miligramas ao dia, em geral por 5 a 7 dias, na asma, com uso da via intravenosa em dose equivalente quando a via oral não for possível; e sulfato de magnésio de 2 gramas intravenosos em 20 minutos na crise grave de asma sem resposta ao tratamento inicial (GINA, 2026; GOLD, 2026).

Os critérios de gravidade são o que leva o usuário à área crítica. São eles a incapacidade de falar, a exaustão ou a respiração paradoxal; o rebaixamento do nível de consciência, a agitação ou a confusão; a saturação abaixo do alvo apesar de oxigênio em alta concentração; o pH inferior a 7,35 com dióxido de carbono elevado, especialmente com piora progressiva; a frequência respiratória muito elevada ou a bradipneia; a

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

instabilidade hemodinâmica, as arritmias ou a cianose; e o tórax silencioso na crise de asma. Qualquer um deles autoriza o enfermeiro assistencial a conduzir o usuário diretamente à sala de estabilização, sem intermediação.

O destino se decide por critérios de estabilização. Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, saturação dentro do alvo com o suporte instituído, redução do esforço respiratório, ausência de piora da acidose respiratória na gasometria de controle, estabilidade hemodinâmica e nível de consciência adequado ou via aérea assegurada. Permanecem em observação, com reavaliação seriada, os usuários com resposta favorável ao tratamento inicial, respeitado o limite de 24 horas, e são transferidos pelo Complexo Regulador Estadual os que mantêm critérios de gravidade, necessitam de suporte ventilatório continuado ou exigem investigação e tratamento hospitalar (PALMAS, 2026).

Os indicadores do protocolo medem a prescrição do oxigênio e a resposta ao suporte: percentual de usuários com alvo de saturação prescrito em prontuário, percentual de usuários com risco de hipercapnia com alvo de 88 a 92 por cento prescrito, tempo entre a chegada e a primeira medida de suporte, percentual de usuários que evoluem para intubação em até 2 horas da primeira medida de suporte e percentual de protocolos com registro completo. A apuração é mensal, do Responsável Técnico Médico, com análise na Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

Um recurso citado neste protocolo não está disponível, e isso é dito com a consequência operacional correspondente. A ventilação não invasiva não integra a relação de bens e equipamentos das duas unidades (PALMAS, 2026). Até a sua incorporação, o suporte da insuficiência respiratória é feito com oxigenoterapia titulada ao alvo prescrito, tratamento da causa de base e, quando indicado, via aérea avançada, e a indisponibilidade antecipa a decisão de intubação e o acionamento do Complexo Regulador Estadual. A incorporação de suporte ventilatório não invasivo depende de decisão do gestor da parceria quanto à ampliação do parque de equipamentos das unidades e não é condição de funcionamento de unidade de pronto atendimento, cujo desfecho do caso grave é a estabilização com transferência regulada.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

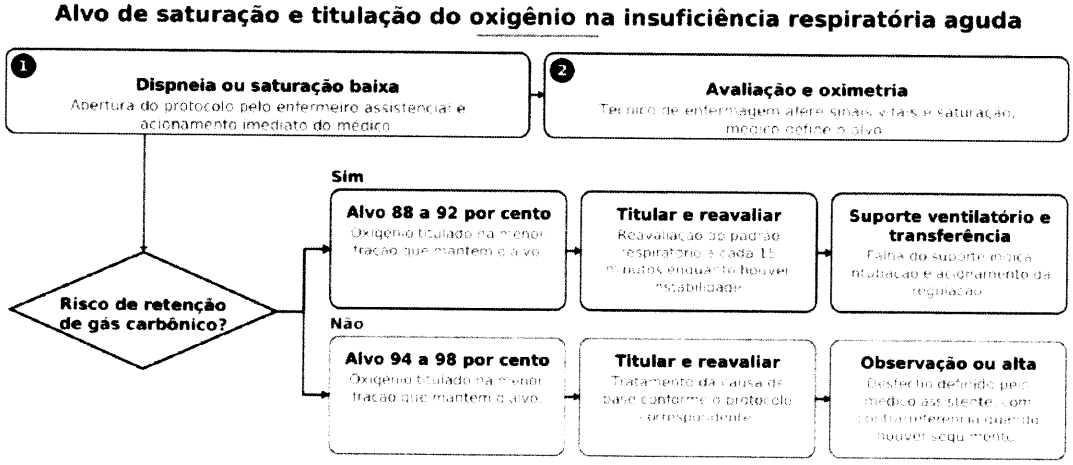
(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

As referências técnicas do protocolo são a diretriz para uso de oxigênio em adultos em serviços de saúde e de emergência (BTS, 2017), as diretrizes da European Respiratory Society e da American Thoracic Society para ventilação não invasiva (ROCHWERG et al., 2017), o documento vigente para doença pulmonar obstrutiva crônica (GOLD, 2026), o documento vigente para asma (GINA, 2026), a definição global de síndrome do desconforto respiratório agudo (MATTHAY et al., 2024) e a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014).

As competências seguem a mesma divisão dos demais protocolos de tempo crítico. O médico plantonista clínico conduz a avaliação, prescreve o alvo terapêutico e as doses, indica o suporte necessário e aciona o Complexo Regulador Estadual quando a conduta ultrapassa a capacidade instalada. O enfermeiro assistencial abre o protocolo, aciona o médico de imediato, administra os medicamentos prescritos, conduz a monitorização e registra cada etapa com horário (COFEN, 2024). O técnico de enfermagem afere os sinais vitais, realiza a glicemia capilar e o eletrocardiograma quando indicado e registra os horários. O farmacêutico assegura a disponibilidade, confere a dose e participa da dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância. O assistente social apoia o acompanhante e obtém a história com terceiros quando o usuário não puder informá-la. A figura seguinte representa o alvo de saturação e a titulação do oxigênio.

Figura 51 - Alvo de saturação e titulação do oxigênio na insuficiência respiratória aguda



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

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

V.1.9.9 Manejo de via aérea e intubação

A intubação em urgência não falha por falta de habilidade, falha por falta de plano. O protocolo adota a lógica de quatro planos declarados em voz alta antes de começar, de modo que a equipe saiba, antes da primeira tentativa, o que fará se ela não der certo (DAS, 2015). A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Manejo de Via Aérea e Intubação integra o Anexo XXVI.

Quadro 143 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo de Via Aérea e Intubação

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo de Via Aérea e Intubação
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Sala de estabilização, com aplicação em qualquer ambiente diante de indicação de via aérea avançada, e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar a indicação, o planejamento, o preparo, a execução e a confirmação da via aérea avançada, com redução do risco de hipoxemia, de instabilidade hemodinâmica e de falha, e com conduta definida para a situação de impossibilidade de intubar e de oxigenar. A sequência operacional é indicação, avaliação anatômica e fisiológica, planejamento dos planos A, B, C e D com aplicação da lista de verificação, preparo de equipe, material e medicamentos, otimização fisiológica e pré-oxigenação, indução e intubação, confirmação, cuidados após a intubação e transferência (DAS, 2015).

As definições do protocolo separam a dificuldade anatômica da fisiológica, porque elas se resolvem de maneiras diferentes. Sequência rápida de intubação é a técnica com administração praticamente simultânea de agente indutor e bloqueador

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

neuromuscular, precedida de pré-oxigenação, destinada a reduzir o tempo entre a perda dos reflexos protetores e a proteção da via aérea. Via aérea difícil é a situação em que profissional treinado encontra dificuldade, prevista ou não, na ventilação com máscara facial, na laringoscopia, na intubação, na inserção de dispositivo supraglótico ou no acesso cirúrgico. Via aérea fisiologicamente difícil é a do usuário com alterações que aumentam o risco de deterioração durante e após a intubação, como hipoxemia, hipotensão ou choque, acidose metabólica grave e insuficiência ventricular direita.

Três termos descrevem, ainda, as manobras e a situação extrema que o protocolo precisa nomear para que a equipe não improvise. Pré-oxigenação é a administração de oxigênio a 100 por cento antes da indução, para prolongar o tempo de apneia segura. Oxigenação apneica é a oferta contínua de oxigênio por cateter nasal durante a apneia da laringoscopia. A situação de não intubar e não oxigenar é a falha simultânea da intubação, do dispositivo supraglótico e da ventilação com máscara facial, com hipoxemia progressiva, que exige acesso cirúrgico de emergência.

As indicações são médicas e abrangem seis situações. A critério médico, intuba-se diante da incapacidade de manter ou proteger a via aérea, por rebaixamento do nível de consciência, ausência de reflexos protetores ou risco elevado de broncoaspiração; da insuficiência respiratória sem resposta ao oxigênio titulado; da hipoxemia refratária ou da fadiga ventilatória; da obstrução de via aérea com risco de progressão, como queimadura de via aérea, angioedema e trauma cervical ou facial; da necessidade de proteção para transporte de usuário instável ou com evolução prevista desfavorável; e da parada cardiorrespiratória.

A avaliação que precede o procedimento é registrada, e não apenas pensada. Registram-se os preditores de via aérea anatomicamente difícil, entre eles abertura de boca limitada, distância tireomentoniana curta, classificação de Mallampati elevada, mobilidade cervical reduzida, obesidade, barba, alterações faciais, apneia obstrutiva do sono e presença de sangue ou secreções; os preditores de dificuldade de ventilação com máscara e de inserção de dispositivo supraglótico; os fatores de via aérea fisiologicamente difícil; e o histórico de intubação difícil prévia, alergias, uso de anticoagulantes e condições que contraindiquem a succinilcolina. Prevista a via aérea difícil, considera-se o apoio do profissional mais experiente disponível, antecipam-se os dispositivos de

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

resgate e, quando a condição clínica permitir, avalia-se a transferência para serviço com recursos adequados antes da intubação.

O preparo é feito em voz alta, com o material testado peça por peça. Aplica-se a lista de verificação de intubação; definem-se as funções de operador, assistente da via aérea, responsável pelos medicamentos e responsável pela monitorização e pelo registro; verbaliza-se o plano completo; testam-se laringoscópio com lâminas de tamanhos adequados, aspirador, fonte de oxigênio, bolsa-válvula-máscara, tubos de tamanhos adequados com balonete testado, fio-guia e bougie, dispositivos supraglóticos, material para cricotireoidostomia e detector colorimétrico de dióxido de carbono; e preparam-se e rotulam-se os medicamentos de indução, de bloqueio neuromuscular, de sedação após a intubação e o vasopressor.

Antes da indução, otimiza-se o que pode piorar durante a apneia. Posiciona-se o usuário com cabeceira elevada e alinhamento da orelha com o esterno, em rampa nos usuários obesos, salvo restrição de coluna; pré-oxigena-se por pelo menos 3 minutos com oxigênio a 100 por cento, por máscara com reservatório ou bolsa-válvula-máscara bem acoplada; mantém-se oxigenação apneica por cateter nasal durante a laringoscopia; trata-se a hipotensão antes da indução, com fluidos ou vasopressor, mantendo o vasopressor preparado para uso imediato; reduz-se a dose do indutor no usuário instável, com escolha de agente de menor efeito hipotensor; na acidose metabólica grave, evita-se apneia prolongada e ajusta-se a ventilação após a intubação; e descomprime-se o estômago quando houver distensão gástrica. O quadro seguinte reúne os quatro planos do manejo da via aérea.

Quadro 144 - Os quatro planos do manejo da via aérea

Plano	Conduta
Plano A, intubação traqueal	Laringoscopia direta com lâminas de tamanhos adequados, por operador treinado, com otimização do posicionamento e manipulação laríngea externa quando necessária; uso de fio-guia conforme a preferência do operador; limitação do número de tentativas, com otimização de posição, dispositivo e manobras entre elas, em regra até três tentativas e uma quarta por profissional mais experiente; interrupção e reoxigenação diante de queda significativa da saturação; e declaração da falha em voz alta antes de passar ao plano seguinte

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

Plano	Conduta
Plano B, dispositivo supraglótico	Inserção de dispositivo supraglótico de segunda geração, com canal gástrico, e oxigenação. Havendo oxigenação adequada, a equipe para e decide: despertar o usuário quando possível, intubar pelo dispositivo quando houver recurso, ou prosseguir com o dispositivo até a chegada de suporte ou a transferência
Plano C, ventilação com máscara facial	Falhando o dispositivo supraglótico, ventilação com máscara facial em técnica a duas mãos e cânula orofaríngea. Havendo oxigenação, considerar o despertar do usuário ou o acesso cirúrgico eletivo
Plano D, acesso cirúrgico de emergência	Declarada a situação de não intubar e não oxigenar, assegurado o bloqueio neuromuscular completo, realiza-se cricotireoidostomia cirúrgica pela técnica de bisturi, bougie e tubo, por médico, com oxigenação contínua pela via superior. A unidade mantém conjunto padronizado para o procedimento e a equipe é treinada periodicamente

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de manejo de via aérea e intubação.

A confirmação da posição do tubo é imediata e tem método declarado. A intubação traqueal é confirmada pela visualização da passagem do tubo, pela expansibilidade torácica bilateral, pela ausculta em cinco pontos e pelo detector colorimétrico de dióxido de carbono mantido no carro de emergência, com registro do método utilizado. A ausência de viragem indica tubo fora da traqueia até prova em contrário, e o tubo é removido com restabelecimento da oxigenação, salvo na parada cardiorrespiratória com fluxo muito reduzido, situação em que a interpretação cabe ao médico. A radiografia de tórax após a intubação avalia a posição do tubo e as complicações, e não substitui a confirmação imediata feita à beira do leito no momento da intubação.

Os agentes de referência são dois, com indicação preferencial declarada. A cetamina, de 1 a 2 miligramas por quilograma, preserva relativamente a pressão arterial e é útil na instabilidade hemodinâmica e no broncoespasmo; o etomidato, de 0,3 miligrama por quilograma, oferece estabilidade hemodinâmica, com supressão adrenal transitória.

O bloqueio neuromuscular tem duas opções com dose de referência escrita: a succinilcolina, de 1 a 1,5 miligrama por quilograma, de início rápido e duração curta, vedada nas condições que a contraindicam, entre elas a hipercalemia, a doença neuromuscular, o grande queimado e a lesão por esmagamento após as primeiras 24 a 72 horas e a imobilização prolongada; e o rocurônio, de 1 a 1,2 miligrama por quilograma, alternativa de duração prolongada cuja reversão com sugamadex depende de

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

disponibilidade. O fentanil, de 1 a 3 microgramas por quilograma, é usado como adjuvante quando indicado.

A decisão entre eles é clínica e tem consequências que seguem o usuário depois do procedimento. A escolha do indutor, do bloqueador neuromuscular e da sedação após o procedimento é médica e observa a padronização de medicamentos da unidade, com rotulagem de alta vigilância e dupla conferência, e a analgesia e a sedação após a intubação são iniciadas precocemente, em especial após bloqueador de longa duração, para evitar consciência sob paralisia. Confirmada a posição do tubo, o balonete é insuflado com a menor pressão que vede a via aérea, mantida na faixa de referência de 20 a 30 centímetros de água e conferida pela técnica padronizada na unidade, e a ventilação mecânica é instituída em estratégia protetora, com volume corrente de 6 a 8 mililitros por quilograma de peso predito. Durante o procedimento mantêm-se monitorização cardíaca contínua, oximetria, pressão arterial não invasiva com ciclagem frequente e detector colorimétrico de dióxido de carbono.

Os indicadores do protocolo medem plano, sucesso e dano: percentual de intubações com lista de verificação aplicada e registrada, percentual de sucesso na primeira tentativa, percentual de intubações com confirmação registrada, incidência de hipoxemia e de hipotensão no período do procedimento e percentual da equipe com capacitação vigente em manejo de via aérea. A apuração é mensal, do Responsável Técnico Médico, com análise no Núcleo de Segurança do Paciente, e cada evento de hipoxemia ou de falha de primeira tentativa é discutido com a equipe envolvida. A figura seguinte representa os quatro planos.

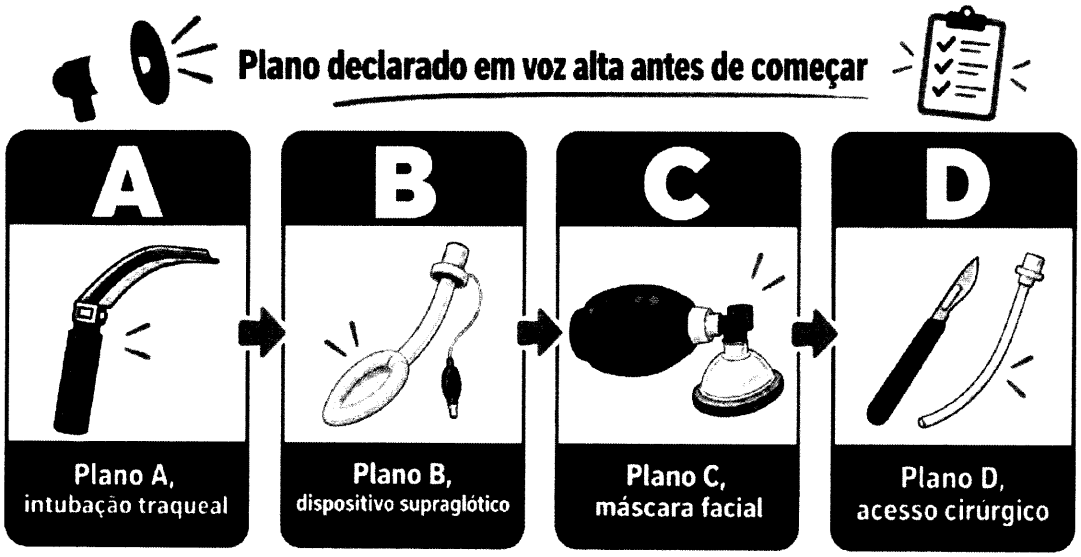
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 52 - Os quatro planos do manejo da via aérea



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

As referências técnicas do protocolo são a diretriz da Difficult Airway Society para o manejo da intubação difícil não prevista em adultos (DAS, 2015), o escore MACOCHA para predição de intubação difícil em usuários críticos (DE JONG et al., 2013), a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b).

A ressuscitação, o suporte ventilatório e o manejo da via aérea são conduzidos na sala de estabilização, que a UPA 24 horas Norte tem com seis leitos, um deles pediátrico, e a UPA 24 horas Sul com quatro (PALMAS, 2026). A diferença de número de leitos não altera a conduta, mas altera o dimensionamento da equipe alocada à área crítica em cada unidade e o número de conjuntos de material de via aérea mantidos prontos, tratados no item de organização das áreas assistenciais.

V.1.9.10 Manejo do paciente em crise convulsiva e estado de mal epiléptico

Na convulsão o tratamento é cronometrado. A maior parte das crises cessa sozinha em dois ou três minutos, e por isso o erro mais comum não é tratar pouco, é tratar cedo demais uma crise que ia parar, ou tarde demais uma que não vai. O protocolo resolve isso com um único parâmetro: o horário de início da crise, registrado assim que o usuário chega. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades

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

de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Crise Convulsiva e Estado de Mal Epiléptico integra o Anexo XXVII.

Quadro 145 - Folha de identificação do Protocolo de Crise Convulsiva e Estado de Mal Epiléptico

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo da Crise Convulsiva e do Estado de Mal Epiléptico
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de estabilização, área de observação, farmácia, laboratório e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar a proteção do usuário durante a crise, a estabilização, o tratamento escalonado por tempo, a investigação da causa e a definição do destino, com redução do tempo até a primeira dose eficaz de benzodiazepínico. A sequência é declaradamente temporal: de zero a 5 minutos, estabilização, com proteção, avaliação primária, glicemia e acesso; de 5 a 20 minutos, benzodiazepínico de primeira linha; de 20 a 40 minutos, fármaco de segunda linha; após 40 minutos, estado de mal refratário, com via aérea avançada e encaminhamento a terapia intensiva; e, em paralelo, investigação da causa e definição do destino.

As definições do protocolo fixam o momento em que a crise deixa de ser autolimitada. Crise epiléptica é a ocorrência transitória de sinais ou sintomas decorrentes de atividade neuronal cerebral anormal, excessiva ou síncrona, e a crise convulsiva é aquela com manifestações motoras. Crise sintomática aguda, ou provocada, é a decorrente de insulto cerebral agudo ou de distúrbio sistêmico, como hipoglicemia, distúrbio eletrolítico, abstinência alcoólica, intoxicação, infecção do sistema nervoso central, trauma, acidente vascular cerebral e eclâmpsia. Estado de mal epiléptico é a condição resultante da falha dos mecanismos de interrupção da crise: no estado de mal convulsivo tônico-clônico, o tratamento é iniciado a partir de 5 minutos de crise contínua,

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

ou de crises recorrentes sem recuperação da consciência entre elas, e a partir de 30 minutos há risco de lesão neuronal de longo prazo.

Três definições complementares orientam a continuidade. Estado de mal estabelecido é o que persiste após dose adequada de benzodiazepínico, e refratário é o que persiste após o benzodiazepínico e um fármaco de segunda linha. Estado de mal não convulsivo é a atividade epiléptica contínua sem manifestações motoras evidentes, com alteração do nível de consciência, e deve ser suspeitado quando o usuário não recupera a consciência após a crise. Estado pós-ictal é o período de recuperação, com sonolência, confusão ou déficit transitório, e distinguir o pós-ictal prolongado do estado de mal não convulsivo é a decisão clínica mais delicada desse atendimento.

A conduta durante a crise é de proteção, não de contenção. Registra-se o horário de início, relatado ou presenciado, porque o tempo orienta todas as decisões. Protege-se o usuário contra traumas, afastam-se objetos, não se contêm os movimentos e não se introduz objeto algum na boca. Terminada a crise, posiciona-se em decúbito lateral de segurança, salvo suspeita de trauma raquimedular. Diferencia-se a crise de síncope convulsiva, de crise não epiléptica psicogênica, de distúrbios do movimento e de hipoglicemia, sem que essa diferenciação retarde o tratamento da crise prolongada.

A história é obtida com quem viu, e a avaliação inicial é padronizada. Obtêm-se com testemunhas e acompanhantes a descrição da crise, com início focal, duração, recorrência, liberação esfincteriana e mordedura de língua, a existência de epilepsia conhecida e os medicamentos anticrise em uso, com adesão e mudanças recentes, além de uso de álcool e abstinência, drogas, trauma, febre, cefaleia, gestação, comorbidades e medicamentos que reduzam o limiar convulsivo. Faz-se glicemia capilar imediata, aferem-se sinais vitais, saturação e temperatura, e aplicam-se Escala de Coma de Glasgow e exame neurológico após a crise, com pesquisa de sinais focais, rigidez de nuca e sinais de trauma. O usuário deve recuperar progressivamente a consciência: a ausência de recuperação sugere crises contínuas não convulsivas, efeito de medicamentos ou lesão estrutural. O quadro seguinte reúne o tratamento escalonado por tempo.

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

Quadro 146 - Tratamento escalonado por tempo na crise convulsiva

Fase	Conduta
Zero a 5 minutos, estabilização	Proteção contra traumas, posicionamento, aspiração se necessária, oxigênio conforme saturação, glicemia capilar imediata, acesso venoso periférico, monitorização cardíaca e oximetria, e registro do horário de início
5 a 20 minutos, primeira linha	Benzodiazepínico. Sem acesso venoso, midazolam por via intramuscular, cuja eficácia é ao menos equivalente à via intravenosa no ambiente pré-hospitalar. Com acesso venoso, diazepam ou midazolam intravenoso. A dose pode ser repetida uma vez se a crise persistir após o intervalo recomendado, evitando-se repetições adicionais pelo risco de depressão respiratória
20 a 40 minutos, segunda linha	Fármaco de segunda linha em dose de ataque intravenosa: levetiracetam, fosfenitoína ou fenitoína, ou ácido valproico, que mostraram eficácia semelhante entre si, sendo o fenobarbital alternativa na indisponibilidade dos anteriores. A escolha considera disponibilidade, comorbidades e contraindicações: fenitoína e fosfenitoína exigem monitorização cardíaca e controle da velocidade de infusão; o ácido valproico é evitado em hepatopatia, gestação e suspeita de doença mitocondrial; o fenobarbital causa depressão respiratória e hipotensão
Após 40 minutos, estado de mal refratário	Acionamento imediato do Complexo Regulador Estadual para terapia intensiva, via aérea avançada e infusão contínua de agente anestésico conforme prescrição e padronização, com monitorização contínua
Em paralelo, tratamento da causa	Correção de distúrbios metabólicos, tratamento de infecções, manejo da abstinência alcoólica com benzodiazepínico e tiamina, condução das intoxicações e, na gestante ou puérpera com convulsão, consideração de eclâmpsia, com sulfato de magnésio conforme o protocolo obstétrico

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de crise convulsiva e estado de mal epiléptico.

Os exames são orientados pela causa provável e por uma precaução cardiológica. Colhem-se glicemia, sódio, potássio, cálcio, magnésio, ureia, creatinina e hemograma; nível sérico de anticonvulsivante, quando disponível, nos usuários em uso; exames toxicológicos e alcoolemia quando indicados; gonadotrofina coriônica em mulheres em idade fértil; gasometria, lactato e creatinoquinase nas crises prolongadas; e eletrocardiograma, para pesquisa de arritmias e de prolongamento do intervalo QT, em especial antes da fenitoína. A neuroimagem é indicada na primeira crise, na crise com sinais focais, no trauma, na anticoagulação, na febre, na imunossupressão e na ausência de recuperação da consciência. Havendo suspeita de infecção do sistema nervoso central, o antimicrobiano não é retardado pela espera de exames.

A monitorização acompanha a crise, o tratamento e o intervalo entre eles. Mantêm-se monitorização cardíaca contínua e oximetria durante a crise e o tratamento; pressão arterial e ritmo cardíaco vigiados durante a infusão de fenitoína ou fosfenitoína, pelo risco de hipotensão e de arritmias; frequência respiratória e nível de consciência após o benzodiazepínico, pelo risco de depressão respiratória; e registro do tempo decorrido

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

desde o início da crise e dos horários de cada medicamento, que é o dado de onde sai o indicador do protocolo.

Os fármacos citados em cada fase têm dose de referência escrita, e é ela que impede o erro mais comum do estado de mal, que é subdosar a segunda linha. As doses adiante são de referência e são conferidas com a relação de medicamentos padronizada da unidade e com a bula antes da utilização, cabendo ao médico plantonista a escolha conforme a disponibilidade, as comorbidades e as interações. A prescrição é completa, com fármaco, dose, diluição, velocidade e horário, e a administração observa a dupla conferência própria dos medicamentos de alta vigilância.

Quadro 147 - Doses de referência no estado de mal epiléptico no adulto

Fármaco	Dose de referência	Observações
Midazolam intramuscular	10 mg com peso acima de 40 kg; 5 mg entre 13 e 40 kg, em dose única	Primeira linha quando não houver acesso venoso
Diazepam intravenoso	0,15 a 0,2 mg por quilograma, com máximo de 10 mg por dose, podendo repetir uma vez	Não utilizar por via intramuscular, pela absorção errática
Midazolam intravenoso	Conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade	Alternativa ao diazepam
Lorazepam intravenoso	0,1 mg por quilograma, com máximo de 4 mg por dose, podendo repetir uma vez	Conforme a disponibilidade
Levetiracetam intravenoso	60 mg por quilograma, com máximo de 4.500 mg, em dose única	Poucas interações; ajustar na insuficiência renal para a manutenção
Fosfenitoína intravenosa	20 mg de equivalentes de fenitoína por quilograma, com máximo de 1.500 mg de equivalentes, em dose única	Exige monitorização cardíaca
Fenitoína intravenosa	20 mg por quilograma, diluída somente em solução fisiológica, com velocidade máxima conforme a bula, em geral até 50 mg por minuto no adulto	Hipotensão e arritmias; risco de lesão por extravasamento
Ácido valproico intravenoso	40 mg por quilograma, com máximo de 3.000 mg, em dose única	Evitar em hepatopatia, gestação e suspeita de doença mitocondrial
Fenobarbital intravenoso	15 mg por quilograma, em dose única	Alternativa; depressão respiratória e hipotensão

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de manejo da crise convulsiva e do estado de mal epiléptico, com base nas diretrizes da American Epilepsy Society e no estudo ESETT (GLAUSER et al., 2016).

Os critérios de gravidade indicam quem não pode ser conduzido fora da área crítica. São eles o estado de mal epiléptico; a ausência de recuperação da consciência após a crise; a crise associada a trauma craniano, febre, rigidez de nuca, sinais focais novos ou imunossupressão; a insuficiência respiratória, a hipoxemia persistente ou a instabilidade

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

hemodinâmica; a hipertermia, a rabdomiólise ou a acidose grave; e a gestação ou o puerpério. Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando as crises estiverem controladas, ou, no estado de mal refratário, com via aérea assegurada e infusão em curso, com oxigenação e hemodinâmica adequadas, glicemia normal, acesso funcionante e monitorização contínua.

O destino se define pela resposta ao tratamento e pela causa. Permanecem em observação, para reavaliação neurológica, exames e definição de conduta, os usuários com crise única, breve, com recuperação completa e sem sinais de gravidade, em especial os com epilepsia conhecida e causa identificada, como baixa adesão ou privação de sono, respeitado o limite de 24 horas (PALMAS, 2026). São transferidos pelo Complexo Regulador Estadual os usuários em estado de mal, com crises recorrentes, sem recuperação da consciência, com primeira crise acompanhada de sinais focais, trauma, febre ou suspeita de infecção do sistema nervoso central ou de lesão estrutural, com crise sintomática aguda que exija tratamento hospitalar, e os que necessitem de neuroimagem ou eletroencefalograma indisponíveis na unidade. O transporte é em suporte avançado nos usuários em estado de mal ou com via aérea avançada, com benzodiazepínico disponível durante o trajeto.

A alta tem critérios próprios, e nenhum deles dispensa a continuidade do cuidado. A alta é considerada, a critério médico, no usuário com epilepsia conhecida e crise única típica, com recuperação completa, causa identificada e corrigível, exame neurológico normal e acompanhante responsável; ou no usuário com primeira crise não provocada, com recuperação completa, exame neurológico normal, exames sem alterações e investigação ambulatorial garantida. Na alta, orienta-se por escrito quanto à adesão ao tratamento, aos sinais de alarme, às medidas de segurança e às restrições aplicáveis, com encaminhamento à Atenção Primária e ao serviço de referência em neurologia (ASM, 2026).

Os indicadores do protocolo medem o que depende da unidade: percentual de registros com horário de início da crise, tempo entre a chegada e a primeira dose de benzodiazepínico nos usuários em estado de mal, percentual de glicemias capilares realizadas na avaliação inicial, percentual de usuários em estado de mal com acionamento da regulação registrado e percentual de protocolos com registro completo. As referências

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

técnicas são a definição operacional de estado de mal epiléptico da Liga Internacional contra a Epilepsia de 2015, a diretriz da American Epilepsy Society para o tratamento do estado de mal convulsivo de 2016, os estudos RAMPART e ESETT, a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014) e a norma sobre o processo de enfermagem (COFEN, 2024).

As competências seguem a divisão comum aos protocolos de tempo crítico. O médico plantonista clínico conduz a avaliação, prescreve o alvo terapêutico e as doses, indica o suporte necessário e aciona o Complexo Regulador Estadual quando a conduta ultrapassa a capacidade instalada. O enfermeiro assistencial abre o protocolo, aciona o médico de imediato, administra os medicamentos prescritos, conduz a monitorização e registra cada etapa com horário (COFEN, 2024). O técnico de enfermagem afere os sinais vitais, realiza a glicemia capilar e o eletrocardiograma quando indicado e registra os horários. O farmacêutico assegura a disponibilidade, confere a dose e participa da dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância. O assistente social apoia o acompanhante e obtém a história com terceiros quando o usuário não puder informá-la. A figura seguinte representa o tratamento escalonado por tempo.

As referências técnicas do protocolo são a definição e a classificação do estado de mal epiléptico da Liga Internacional contra a Epilepsia (TRINKA et al., 2015), o ensaio clínico que comparou a via intramuscular e a via intravenosa no tratamento inicial (SILBERGLEIT et al., 2012), o ensaio clínico que comparou três anticonvulsivantes de segunda linha (KAPUR et al., 2019), a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b), as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013) e a norma sobre o processo de enfermagem (COFEN, 2024). A consequência de operar assim é que a primeira dose deixa de depender da impressão de quem está ao lado do usuário e passa a depender de um horário anotado, de uma dose cheia e de uma segunda linha já preparada quando o relógio alcança o minuto vinte.

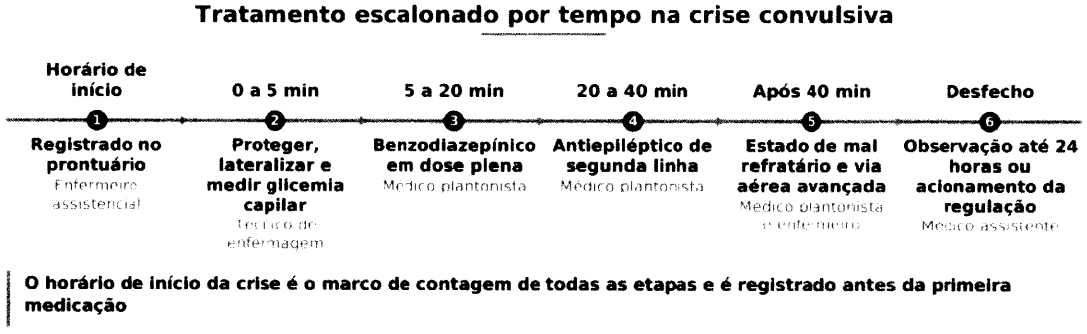
CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Figura 53 - Tratamento escalonado por tempo na crise convulsiva



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

V.1.9.11 Manejo do paciente com alteração do nível de consciência

Usuário que chega rebaixado é o caso em que a equipe tem de diagnosticar e tratar ao mesmo tempo, porque as causas que matam rápido também são as que se corrigem rápido. Por isso a glicemia capilar vem antes de qualquer raciocínio etiológico: é o exame mais barato da unidade e o que mais vezes resolve o quadro sozinho. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Alteração do Nível de Consciência integra o Anexo XXVIII.

Quadro 148 - Folha de identificação do Protocolo de Alteração do Nível de Consciência

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo do Paciente com Alteração do Nível de Consciência
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de estabilização, área de observação, laboratório, radiologia e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar o reconhecimento, a estabilização, a correção imediata das causas reversíveis, o exame neurológico dirigido, a investigação etiológica e a definição do destino do usuário com alteração aguda do nível de

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

consciência. A sequência operacional é reconhecimento, avaliação primária com proteção da coluna quando indicada, glicemia capilar imediata, tratamento das causas reversíveis imediatas, exame neurológico dirigido, investigação etiológica, reavaliação e definição do destino, com diagnóstico e tratamento conduzidos simultaneamente, e não em etapas sucessivas.

As definições do protocolo evitam que graus diferentes de rebaixamento recebam o mesmo nome. Nível de consciência é o grau de alerta e a capacidade de responder a estímulos. Alteração aguda é a redução do alerta ou a alteração do conteúdo da consciência de instalação recente em relação ao estado habitual. Sonolência, obnubilação e estupor são graus progressivos de redução do alerta, com despertar ao estímulo verbal, tátil ou apenas doloroso intenso. Coma é a ausência de despertar e de percepção de si e do ambiente, sem abertura ocular a estímulos, com duração superior a uma hora. Delirium, ou estado confusional agudo, é o distúrbio agudo e flutuante da atenção e da cognição, frequentemente secundário a condição clínica, intoxicação ou abstinência. Causa estrutural é a lesão cerebral focal ou difusa, e causa tóxico-metabólica é o distúrbio sistêmico que afeta a função cerebral de forma difusa.

O reconhecimento considera também o que o acompanhante relata. Exigem avaliação médica imediata a sonolência, a confusão, a agitação, a desorientação, a fala incoerente, a ausência de resposta adequada a estímulos e o relato de mudança recente de comportamento por familiar ou acompanhante. Registra-se o horário em que o usuário foi visto pela última vez em seu estado habitual, dado que orienta tanto a suspeita de acidente vascular cerebral quanto a reconstituição da exposição a medicamentos e substâncias.

A história dirigida é obtida de todas as fontes disponíveis. Obtêm-se com o usuário, com o acompanhante, com testemunhas ou com a equipe pré-hospitalar o modo de instalação, súbito, progressivo ou flutuante, e o tempo de evolução; a presença de trauma, crise convulsiva, cefaleia, febre, vômitos ou déficit focal; o uso de medicamentos, em especial sedativos, opioides, hipoglicemiantes e anticoagulantes, de álcool e de outras substâncias, com busca de embalagens; as comorbidades, entre elas diabetes, doença hepática, renal, cardíaca ou pulmonar, epilepsia, imunossupressão e transtornos mentais; a possibilidade de abstinência; e a exposição ambiental a calor, frio ou monóxido de

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

carbono. As causas imediatamente tratáveis são pesquisadas com prioridade: hipoglicemia, hipóxia, hipotensão, intoxicação por opioide, hipertermia ou hipotermia, crise epiléptica e infecção do sistema nervoso central.

A avaliação inicial é extensa, mas tem uma ordem que começa sempre do mesmo jeito. Faz-se glicemia capilar imediata em todo usuário; aferem-se sinais vitais completos com temperatura e saturação; aplica-se a Escala de Coma de Glasgow com registro separado de cada componente, ocular, verbal e motor, e avaliação pupilar quanto a tamanho, simetria e reatividade; realiza-se exame neurológico dirigido, com pesquisa de sinais focais, rigidez de nuca, movimentos oculares, padrão respiratório e sinais de crise epiléptica sutil, como movimentos rítmicos discretos e desvio ocular; pesquisam-se sinais externos, entre eles trauma craniano, marcas de punção, hálito etílico ou cetônico, icterícia, lesões de pele e sinais de meningococcemia; e, nos usuários confusos ou agitados, aplica-se instrumento validado de rastreio de delirium. Vão diretamente à sala de estabilização os usuários com Escala de Coma de Glasgow igual ou inferior a 12, com rebaixamento progressivo, com anisocoria, com sinais vitais alterados ou com suspeita de acidente vascular cerebral (AHA; ASA, 2026). O quadro seguinte reúne as causas reversíveis e a conduta imediata.

Quadro 149 - Causas reversíveis e conduta imediata

Causa	Conduta imediata
Hipoglicemia	Correção imediata com glicose intravenosa, conforme o protocolo de emergências glicêmicas, e reavaliação do nível de consciência após a correção
Risco de deficiência de tiamina	Tiamina intravenosa antes ou junto com a glicose, nos usuários com uso abusivo de álcool, desnutrição, vômitos prolongados ou cirurgia bariátrica, sem retardar a correção da hipoglicemia
Intoxicação por opioide com depressão respiratória	Naloxona em doses tituladas, sem substituir a ventilação
Hipóxia ou hipercapnia	Oxigenoterapia com alvo prescrito e suporte ventilatório conforme o protocolo de insuficiência respiratória
Hipotensão	Reposição volêmica e investigação de choque, com aplicação do protocolo gerenciado de sepse quando houver suspeita de infecção
Hipertermia ou hipotermia	Controle térmico ativo e investigação da causa
Crise epiléptica	Tratamento conforme o protocolo de crise convulsiva e estado de mal epiléptico
Suspeita de acidente vascular cerebral	Aplicação do protocolo próprio, com registro do último momento visto bem

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de alteração do nível de consciência.

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

Uma reversão possível é deliberadamente evitada. O flumazenil não é utilizado de rotina no usuário com rebaixamento de causa indeterminada, pelo risco de crises epilépticas, especialmente em usuários crônicos de benzodiazepínicos ou em intoxicações mistas. A vedação está no protocolo porque a tentação de reverter um quadro com antídoto é maior justamente quando a causa não está esclarecida, e é nessa situação que o risco se concretiza. Quando houver indicação precisa, a decisão é médica, registrada no prontuário com a justificativa, e o usuário permanece sob monitorização contínua, com material de via aérea à beira do leito e vigilância de crise epiléptica pelo enfermeiro assistencial, que comunica de imediato qualquer movimento rítmico ou rebaixamento adicional.

A suspeita de hipertensão intracraniana muda a prioridade de tudo. São sinais a queda progressiva da Escala de Coma de Glasgow, a anisocoria, a midríase unilateral não reativa, a postura em decorticação ou descerebração, a hipertensão com bradicardia e o padrão respiratório irregular. As condutas imediatas são cabeceira a 30 graus, alinhamento cervical, prevenção de hipotensão e de hipóxia, via aérea avançada quando indicada e transferência imediata para serviço com neurocirurgia. A terapia hiperosmolar e a hiperventilação transitória são medidas de ponte, de indicação médica, e não substituem a transferência.

Nas causas tóxico-metabólicas a correção é dirigida e tem limites de velocidade. Trata-se a causa identificada em distúrbios da glicose, do sódio ou do cálcio, na hipercapnia, na uremia, na encefalopatia hepática e nas intoxicações, e as correções de sódio respeitam limites de velocidade para evitar lesão neurológica. No delirium, identifica-se e trata-se a causa desencadeante e adotam-se medidas não farmacológicas, com orientação, presença de acompanhante, controle de ruído e de luminosidade e correção de déficits sensoriais, reservando-se o medicamento à agitação com risco ao usuário ou à equipe, conforme o percurso da pessoa em sofrimento psíquico descrito nesta proposta, e considerando a abstinência alcoólica nos usuários de risco.

Os exames apoiam a investigação sem interromper o tratamento. Conforme a disponibilidade, colhem-se glicemia, gasometria arterial ou venosa, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, hemograma, função hepática, amônia na suspeita de

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

encefalopatia hepática, coagulograma, eletrocardiograma e exames toxicológicos. A neuroimagem é indicada nos casos de causa não esclarecida, sinais focais, trauma, cefaleia súbita, uso de anticoagulante ou rebaixamento sem explicação tóxico-metabólica evidente. A punção lombar é atribuição do serviço de referência, e a antibioticoterapia empírica na suspeita de infecção do sistema nervoso central não é retardada pela espera de exames.

A monitorização tem periodicidade e gatilho de reavaliação médica. Mantêm-se monitorização cardíaca e oximetria contínuas; Escala de Coma de Glasgow e pupilas avaliadas a cada quinze minutos enquanto houver instabilidade e a cada hora após a estabilização, registradas pelo enfermeiro assistencial, sendo que a queda de dois ou mais pontos na escala ou o surgimento de anisocoria exigem reavaliação médica imediata; glicemia capilar seriada após a correção de hipoglicemia; e controle de temperatura e de diurese. Esse gatilho explícito é o que impede que uma piora progressiva seja percebida só na passagem de plantão.

Os critérios de gravidade e de destino fecham o atendimento. São graves a Escala de Coma de Glasgow igual ou inferior a 8; a queda de dois ou mais pontos na escala; a anisocoria, as pupilas não reativas ou os sinais de herniação; o déficit neurológico focal; a febre com rigidez de nuca ou petéquias; a instabilidade hemodinâmica ou respiratória; as crises epilépticas recorrentes ou a suspeita de estado de mal não convulsivo; e a causa não identificada após a avaliação inicial. Cada um desses achados é registrado no prontuário eletrônico com o horário em que foi identificado, porque é a sua evolução, e não o seu valor isolado, que indica a necessidade de transferência.

Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, saturação no alvo, pressão arterial adequada, glicemia corrigida, crises controladas e acesso venoso funcionante. Permanecem em observação, com reavaliação seriada da escala e da glicemia, os usuários com causa identificada, rapidamente reversível e com recuperação completa do nível de consciência, respeitado o limite de 24 horas (PALMAS, 2026). Os demais são transferidos pelo Complexo Regulador Estadual, com encaminhamento a serviço com neurocirurgia nos casos de suspeita de lesão estrutural com hipertensão intracraniana e a terapia intensiva nos usuários intubados ou com instabilidade.

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

Os indicadores do protocolo são o percentual de usuários com glicemia capilar realizada na avaliação inicial, o percentual com Escala de Coma de Glasgow registrada por componente, o tempo entre a chegada e a correção da hipoglicemia quando presente, o percentual com registro do último momento visto bem e o percentual de protocolos com registro completo. As referências técnicas são o protocolo de coma do Emergency Neurological Life Support, a Escala de Coma de Glasgow e sua versão com resposta pupilar, as recomendações europeias sobre encefalopatia de Wernicke, a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014) e a norma sobre o processo de enfermagem (COFEN, 2024).

As competências seguem a divisão comum aos protocolos de tempo crítico. O médico plantonista clínico conduz a avaliação, prescreve o alvo terapêutico e as doses, indica o suporte necessário e aciona o Complexo Regulador Estadual quando a conduta ultrapassa a capacidade instalada. O enfermeiro assistencial abre o protocolo, aciona o médico de imediato, administra os medicamentos prescritos, conduz a monitorização e registra cada etapa com horário. O técnico de enfermagem afere os sinais vitais, realiza a glicemia capilar e o eletrocardiograma quando indicado e registra os horários. O farmacêutico assegura a disponibilidade, confere a dose e participa da dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância. O assistente social apoia o acompanhante e obtém a história com terceiros quando o usuário não puder informá-la. A figura seguinte representa os primeiros passos no usuário com alteração do nível de consciência.

As referências técnicas do protocolo são a escala de avaliação do coma e do comprometimento da consciência (TEASDALE; JENNETT, 1974), a sua simplificação com a resposta pupilar para uso prognóstico no traumatismo cranioencefálico (BRENNAN; MURRAY; TEASDALE, 2018), o módulo de coma do Emergency Neurological Life Support, da Neurocritical Care Society (NCS, 2017), a diretriz europeia para diagnóstico, tratamento e prevenção da encefalopatia de Wernicke (GALVIN et al., 2010), a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b), as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013) e a norma sobre o processo de enfermagem (COFEN, 2024). O efeito de operar assim é que o usuário rebaixado tem a glicemia medida antes de qualquer hipótese, a escala registrada componente por

CNPJ - 27.324.279/0001-15

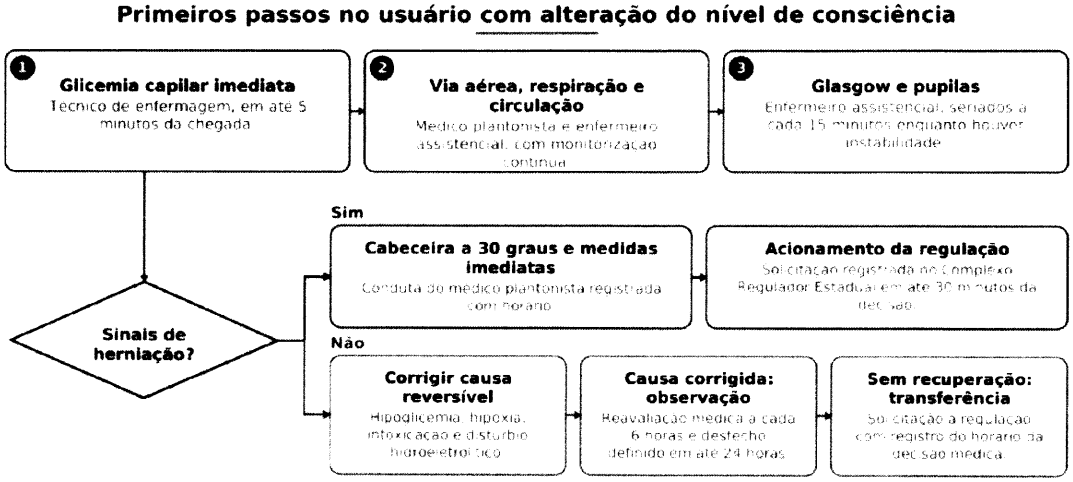
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

componente e a causa reversível afastada no mesmo tempo em que a transferência é solicitada.

Figura 54 - Primeiros passos no usuário com alteração do nível de consciência



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

V.1.9.12 Manejo do paciente com emergências hipertensivas

A pressão alta é a queixa que mais produz conduta desnecessária em porta de urgência. Tratar o número, e não o usuário, é o que gera hipotensão induzida, isquemia e retorno em 48 horas. Este protocolo inverte a lógica: a prioridade é definida pelos sinais de lesão de órgão-alvo, não pelo valor aferido, e a maior parte dos casos não tem indicação de medicamento intravenoso (SBC, 2025). A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O Protocolo de Emergências Hipertensivas integra o Anexo XXIX.

Quadro 150 - Folha de identificação do Protocolo de Emergências Hipertensivas

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo do Paciente com Emergências Hipertensivas
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de estabilização, área de observação, farmácia, laboratório, radiologia e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz

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

Campo	Conteúdo
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O objetivo do protocolo é padronizar a confirmação da medida, a pesquisa de lesão aguda de órgão-alvo, a classificação do quadro, o tratamento correspondente e a definição do destino do usuário com pressão arterial muito elevada. A sequência operacional é confirmação da medida, pesquisa de sintomas e de lesão aguda de órgão-alvo, classificação entre emergência, elevação sem lesão progressiva e pseudocrise, tratamento conforme o quadro, reavaliação e definição do destino. A ordem importa: classificar antes de prescrever é o que evita a redução pressórica em quem não tem indicação dela.

As definições adotadas são as da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2025). Crise hipertensiva é a elevação importante da pressão, com sistólica igual ou superior a 180 milímetros de mercúrio ou diastólica igual ou superior a 110, e compreende a emergência hipertensiva e a elevação importante sem lesão progressiva de órgão-alvo. Emergência hipertensiva é a crise associada a lesão aguda e progressiva de órgão-alvo, com risco imediato de morte, que exige redução pressórica controlada com medicamento intravenoso e monitorização intensiva. Elevação importante sem lesão progressiva de órgão-alvo é a que não apresenta evidência de lesão aguda, expressão que substitui o antigo termo urgência hipertensiva, e exige ajuste ou início de tratamento oral com reavaliação ambulatorial em até 7 dias. Pseudocrise hipertensiva é a elevação secundária a dor, ansiedade, desconforto, retenção urinária ou suspensão de medicação, que cede com o tratamento da causa. Hipertensão maligna é a pressão muito elevada associada a retinopatia grave, frequentemente com microangiopatia trombótica e lesão renal aguda.

A confirmação da medida é parte do protocolo, e não formalidade. A pressão é confirmada com técnica adequada, com o usuário sentado ou deitado, após repouso quando a condição permitir, com manguito de tamanho adequado à circunferência do braço, com medidas repetidas e, na primeira avaliação, nos dois braços. Pesquisam-se os

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

sintomas sugestivos de lesão aguda de órgão-alvo: dor torácica, dispneia, dor dorsal súbita e intensa, déficit neurológico focal, alteração do nível de consciência, confusão, convulsão, cefaleia intensa com vômitos, alterações visuais e redução da diurese. Identifica-se gestação ou puerpério recente, até 6 semanas após o parto, situação que remete ao protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas.

A história investiga causas de descompensação e de pseudocrise. Investigam-se história de hipertensão, adesão ao tratamento e suspensão recente de medicamentos, em especial clonidina e betabloqueadores; uso de substâncias simpaticomiméticas, anti-inflamatórios, descongestionantes e corticosteroides; comorbidades como doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, acidente vascular prévio e diabetes; e fatores desencadeantes de pseudocrise. Aferem-se sinais vitais completos com frequência cardíaca, saturação e glicemia capilar, e realizam-se exame cardiovascular, com pesquisa de sopros, sinais de congestão e assimetria de pulsos e de pressão entre os membros, sugestiva de dissecção de aorta, exame neurológico sumário e avaliação de diurese e de edema.

A classificação de risco segue o sintoma, não o número. A prioridade é definida pelos sintomas e sinais de lesão de órgão-alvo, e não apenas pelo valor pressórico, e vão imediatamente à sala de estabilização os usuários com dor torácica, déficit neurológico, dispneia importante ou alteração do nível de consciência. As condutas iniciais incluem três abstenções. Tratam-se as causas de pseudocrise, entre elas dor, ansiedade e retenção urinária, e reafere-se a pressão antes de prescrever anti-hipertensivo. Não se utiliza nifedipino de liberação imediata por via sublingual ou oral, pelo risco de hipotensão abrupta e de eventos isquêmicos. Evita-se redução rápida e acentuada da pressão na ausência de lesão aguda de órgão-alvo, porque pode causar isquemia cerebral, coronariana ou renal, especialmente em hipertensos crônicos. Na emergência hipertensiva, obtém-se acesso venoso, instala-se monitorização e aciona-se o Complexo Regulador Estadual para transferência a unidade com terapia intensiva. O quadro seguinte reúne o tratamento conforme a classificação do quadro.

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

Quadro 151 - Tratamento conforme a classificação do quadro hipertensivo

Quadro	Conduta
Pseudocrise hipertensiva	Tratar a causa desencadeante, como dor, ansiedade ou retenção urinária, e reaferir a pressão após o tratamento, sem prescrever anti-hipertensivo com base apenas no valor inicial
Elevação importante sem lesão progressiva de órgão-alvo	Ajustar ou iniciar o tratamento anti-hipertensivo oral, reforçar a adesão e garantir reavaliação ambulatorial em até 7 dias na Atenção Primária ou no ambulatório de referência. Não há indicação de medicamento intravenoso nem de normalização imediata da pressão
Emergência hipertensiva, regra geral	Anti-hipertensivo intravenoso titulável, com metas definidas conforme o órgão acometido. Na ausência de meta específica, reduzir a pressão arterial média em não mais que 25 por cento na primeira hora, prosseguindo de forma gradual nas horas seguintes, com normalização em 24 a 48 horas
Dissecção aguda de aorta	Redução imediata da sistólica para menos de 120 milímetros de mercúrio e da frequência cardíaca para menos de 60 por minuto, iniciando por betabloqueador intravenoso e, se necessário, associando vasodilatador, com transferência imediata para serviço com cirurgia cardiovascular
Edema agudo de pulmão cardiogênico	Nitroglicerina ou nitroprussiato intravenosos, diurético de alça e oxigenoterapia titulada, com indicação de via aérea avançada na falência ventilatória e meta de sistólica inferior a 140 milímetros de mercúrio
Síndrome coronariana aguda	Nitroglicerina intravenosa, com meta de sistólica inferior a 140 milímetros de mercúrio, conforme o protocolo próprio, evitando hipotensão
Encefalopatia hipertensiva	Redução da pressão arterial média entre 20 e 25 por cento, de forma imediata e controlada, com exclusão de acidente vascular cerebral por neuroimagem no serviço de referência
Gestante ou puérpera	Aplicação do protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas, com sulfato de magnésio quando indicado e anti-hipertensivo de ação rápida com pressão igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de emergências hipertensivas.

Os exames são dirigidos pela suspeita e não retardam o tratamento da emergência. Conforme a disponibilidade, realizam-se eletrocardiograma de 12 derivações; creatinina, ureia, sódio e potássio; exame de urina, com pesquisa de proteinúria e hematúria; hemograma com plaquetas e, na suspeita de microangiopatia trombótica, desidrogenase láctica, bilirrubinas e pesquisa de esquizócitos; troponina na suspeita de síndrome coronariana aguda (SBC, 2025b); radiografia de tórax na suspeita de congestão pulmonar ou de alargamento de mediastino; teste de gravidez em mulheres em idade fértil; e neuroimagem ou estudo de aorta no serviço de referência.

A monitorização distingue os dois quadros. Na emergência hipertensiva, mantêm-se monitorização cardíaca contínua, oximetria e aferição frequente da pressão, em intervalos curtos durante a titulação das infusões, preferencialmente na sala de estabilização; na elevação sem lesão progressiva, fazem-se aferições seriadas após repouso e após o tratamento, com reavaliação clínica. Controlam-se a diurese e o nível de

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

consciência nos usuários com emergência, e mantém-se vigilância ativa de hipotensão durante as infusões contínuas, com interrupção e comunicação imediata ao médico.

O destino de cada quadro é distinto, e o mais frequente deles não é a observação. A emergência hipertensiva é transferida pelo Complexo Regulador Estadual para serviço com terapia intensiva, e a dissecção de aorta, para serviço com cirurgia cardiovascular. A elevação sem lesão progressiva é conduzida na própria unidade, com ajuste oral, orientação por escrito e encaminhamento à Atenção Primária com reavaliação em até 7 dias, sem necessidade de permanência prolongada (ASM, 2026). A pseudocrise é resolvida com o tratamento da causa e orientação.

Os indicadores do protocolo medem exatamente as condutas que o protocolo quer evitar e as que quer garantir: percentual de usuários com pressão reaferida após repouso antes de qualquer prescrição, percentual de prescrições de nifedipino de liberação imediata, cuja meta é zero por se tratar de vedação de conduta, percentual de usuários com elevação sem lesão de órgão-alvo encaminhados à Atenção Primária com prazo de reavaliação registrado, e percentual de emergências hipertensivas com acionamento da regulação registrado. As referências técnicas são a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2025), a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014), a norma sobre o processo de enfermagem (COFEN, 2024) e os protocolos do Ministério da Saúde para hipertensão arterial na Atenção Primária.

Este protocolo tem efeito direto sobre dois indicadores desta parceria. A condução correta da elevação sem lesão progressiva, com encaminhamento e prazo definidos, reduz o retorno não programado em 48 horas, e a decisão de não reter em observação o usuário que não tem indicação clínica de permanência protege o tempo médio de permanência e a ocupação da área de observação nas duas unidades (PALMAS, 2026). Por isso o Responsável Técnico Médico acompanha mensalmente, na amostra de prontuários deste protocolo, tanto a prescrição indevida de anti-hipertensivo intravenoso quanto a permanência em observação sem critério clínico registrado, e devolve o achado à equipe do turno em que ele se concentrou.

As competências seguem a divisão comum aos protocolos de tempo crítico. O médico plantonista clínico conduz a avaliação, prescreve o alvo terapêutico e as doses,

CNPJ - 27.324.279/0001-15

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

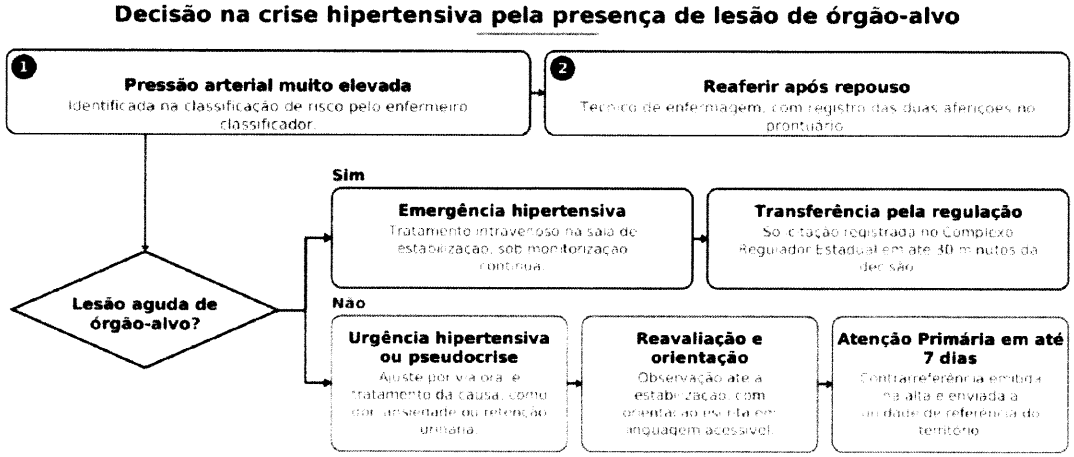
(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

indica o suporte necessário e aciona o Complexo Regulador Estadual quando a conduta ultrapassa a capacidade instalada. O enfermeiro assistencial abre o protocolo, aciona o médico de imediato, administra os medicamentos prescritos, conduz a monitorização e registra cada etapa com horário. O técnico de enfermagem afere os sinais vitais, realiza a glicemia capilar e o eletrocardiograma quando indicado e registra os horários. O farmacêutico assegura a disponibilidade, confere a dose e participa da dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância. O assistente social apoia o acompanhante e obtém a história com terceiros quando o usuário não puder informá-la. A figura seguinte representa a decisão na crise hipertensiva pela presença de lesão de órgão-alvo.

As referências técnicas do protocolo são a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2025), as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica em hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013c), o Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d), a norma de funcionamento das unidades de pronto atendimento (CFM, 2014), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b), as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013) e a norma sobre o processo de enfermagem (COFEN, 2024). O efeito de operar assim é que a elevação pressórica sem lesão progressiva deixa de ser medicada por via parenteral na porta de entrada e passa a sair da unidade com prescrição revista, prazo de reavaliação e encaminhamento registrado.

Figura 55 - Decisão na crise hipertensiva pela presença de lesão de órgão-alvo



Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM (2026).

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

V.1.9.13 Manejo do paciente com emergências glicêmicas

O diabetes é a comorbidade que mais atravessa a porta de urgência, e as suas descompensações agudas compartilham um traço: resolvem-se bem quando medidas em números e pioram quando tratadas de memória. A hipoglicemia mata em minutos e se corrige com um frasco de glicose. A cetoacidose diabética e o estado hiperglicêmico hiperosmolar matam em horas e pioram quando a insulina é iniciada antes da correção do potássio. Numa unidade de pronto atendimento, sem internação, sem centro cirúrgico e sem terapia intensiva, o problema concreto é outro: reconhecer, corrigir e sustentar um distúrbio metabólico cujo tratamento definitivo se completa fora da unidade, mantendo infusão contínua e controle laboratorial seriado nas horas que antecedem a transferência regulada.

Por isso a primeira conduta nas UPAs 24 horas Norte e Sul não é um raciocínio, é um exame: a glicemia capilar. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido na íntegra com as adaptações exigidas pela realidade das duas unidades. O Protocolo de Emergências Glicêmicas integra o **Anexo XXX**. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 152 - Folha de identificação do Protocolo de Emergências Glicêmicas

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo do Paciente com Emergências Glicêmicas
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de estabilização, área de observação, farmácia, laboratório e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico responsável técnico nas padronizações de diluição
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXX, Protocolo de Emergências Glicêmicas**

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

Campo	Conteúdo
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico Responsável Técnico: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza o reconhecimento, a avaliação, a correção segura da glicemia, da volemia e do potássio, a investigação do fator desencadeante, a prevenção da recorrência e a definição do destino do usuário com hipoglicemia, cetoacidose diabética ou estado hiperglicêmico hiperosmolar, com redução do tempo entre a chegada e a primeira medida terapêutica eficaz. Aplica-se às duas unidades, em todos os turnos, desde a classificação de risco até a alta ou a transferência, e alcança o usuário adulto com suspeita ou confirmação de descompensação glicêmica, o usuário com diabetes conhecido que procura a unidade por mal-estar agudo e todo usuário com alteração do nível de consciência, convulsão ou déficit neurológico, independentemente da suspeita inicial. O usuário menor de 12 anos é conduzido pelo pediatra de plantão, com doses calculadas por peso, segundo o protocolo de urgências pediátricas desta proposta. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional.

Quadro 153 - Competências por categoria profissional no manejo das emergências glicêmicas

Categoria	Competências
Médico clínico de urgência	Confirma o diagnóstico, classifica a gravidade, prescreve fluidos, insulina, potássio, glicose e tiamina, define as metas de glicemia e a faixa de potássio na própria prescrição, investiga e trata o fator desencadeante, decide o destino e aciona o Complexo Regulador Estadual
Médico pediatra	Assume o usuário menor de 12 anos, com dose por peso e metas pediátricas, e permanece responsável pela condução até a alta ou a transferência
Enfermeiro assistencial	Classifica o risco, realiza a glicemia capilar na primeira abordagem, corrige a hipoglicemia conforme prescrição e protocolo, instala e controla a infusão em bomba, executa a dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância, mantém o balanço hídrico e a planilha de acompanhamento horário, aplica o processo de enfermagem e comunica ao médico os valores fora da faixa-alvo
Técnico de enfermagem	Realiza a glicemia capilar seriada nos horários prescritos, afere sinais vitais, administra medicamentos e soluções sob supervisão do enfermeiro, controla a diurese, oferece a refeição após a correção da hipoglicemia e registra cada medida com horário

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

Categoria	Competências
Farmacêutico	Mantém a padronização escrita da diluição da insulina regular, do cloreto de potássio e das soluções glicosadas, garante a disponibilidade de glicose hipertônica e de glucagon nos carros de emergência das duas unidades, confere o rótulo das soluções preparadas e orienta a equipe sobre os medicamentos de alta vigilância, em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Repõe o elenco mínimo dos carros de emergência e das salas de medicação, confere validade e lote e registra a dispensação
Técnico de radiologia	Executa a radiografia de tórax solicitada na investigação do fator desencadeante, no leito quando o usuário não puder ser deslocado
Assistente social	Identifica a vulnerabilidade que explica a descompensação repetida, entre elas falta de acesso à insulina, dificuldade de conservação do medicamento, insegurança alimentar e ausência de vínculo com a Atenção Primária, e articula o encaminhamento, em cobertura nas 24 horas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de emergências glicêmicas.

As definições do protocolo existem para que o mesmo valor de glicemia produza a mesma conduta em qualquer plantão das duas unidades. Hipoglicemia é a glicemia inferior a 70 miligramas por decilitro, classificada em nível 1, entre 54 e 70, nível 2, inferior a 54, e nível 3, ou grave, quando há alteração do estado mental ou físico que exige assistência de terceiros, qualquer que seja o valor. Cetoacidose diabética é a presença simultânea de hiperglicemia igual ou superior a 200 miligramas por decilitro ou diabetes previamente diagnosticado, de cetose, com beta-hidroxibutirato igual ou superior a 3,0 milimoles por litro ou cetonúria de duas cruzes ou mais, e de acidose metabólica, com pH inferior a 7,3 ou bicarbonato inferior a 18 milimoles por litro.

Duas apresentações escapam ao padrão e por isso recebem definição própria. Cetoacidose euglicêmica é a que ocorre com glicemia inferior a 250 miligramas por decilitro, associada sobretudo ao uso de inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2, à gestação, ao jejum prolongado e ao uso de álcool, o que obriga a pesquisar cetose mesmo quando o valor da glicemia tranquiliza. Estado hiperglicêmico hiperosmolar é a presença simultânea de glicemia igual ou superior a 600 miligramas por decilitro, osmolalidade efetiva superior a 300 miliosmoles por quilograma, ausência de cetonemia significativa e ausência de acidose. Quadro misto é a hiperosmolalidade associada a cetonemia ou acidose significativas, e é tratado como cetoacidose. A osmolalidade efetiva é calculada pelo dobro do sódio em milimoles por litro somado à glicemia em miligramas por decilitro dividida por 18.

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

A gravidade da cetoacidose não é impressão clínica, tem parâmetros e define o nível de cuidado pedido à regulação. A classificação considera o beta-hidroxibutirato, o pH venoso, o bicarbonato e o estado mental, e o enquadramento em grave é o que justifica a solicitação de leito de terapia intensiva no mesmo ato da abertura do protocolo, antes de qualquer tentativa de estabilização prolongada na unidade. O quadro adiante reúne os parâmetros, e o enquadramento obtido é registrado no prontuário eletrônico com o horário e acompanha a solicitação de vaga.

Quadro 154 - Gravidade da cetoacidose diabética e nível de cuidado correspondente

Parâmetro	Leve	Moderada	Grave
Beta-hidroxibutirato	3 a 6 mmol por litro	3 a 6 mmol por litro	Acima de 6 mmol por litro
pH venoso	Acima de 7,25	7,0 a 7,25	Abaixo de 7,0
Bicarbonato	15 a 18 mmol por litro	10 a menos de 15 mmol por litro	Abaixo de 10 mmol por litro
Estado mental	Normal	Normal ou sonolento	Estupor ou coma
Nível de cuidado correspondente	Leito de internação com monitorização	Cuidados intermediários ou semi-intensivos	Terapia intensiva, solicitada no mesmo ato da abertura do protocolo

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de emergências glicêmicas, com base no consenso internacional de 2024.

A abertura do protocolo é do enfermeiro classificador, sem necessidade de autorização prévia, e a hipoglicemia é o gatilho mais sensível. Abrem-se o protocolo diante de sudorese, tremor, palpitação, fome súbita, ansiedade, confusão, alteração de comportamento, sonolência, convulsão ou coma em pessoa com diabetes, sobretudo em uso de insulina ou de sulfonilureia, e também em pessoa com uso abusivo de álcool, desnutrição, sepse ou insuficiência hepática ou renal. Na suspeita de cetoacidose, os gatilhos são poliúria, polidipsia, náuseas, vômitos, dor abdominal, desidratação, taquipneia, hálito cetônico e sonolência. No estado hiperosmolar, são desidratação intensa, poliúria, alteração do nível de consciência, déficit neurológico focal e convulsão, em especial na pessoa idosa com diabetes tipo 2.

Esse rol de sinais só funciona se houver uma medida que o confirme no momento da entrada. A glicemia capilar é obrigatória em todo usuário com alteração do nível de consciência, convulsão, déficit neurológico, sintoma compatível ou diabetes conhecido com mal-estar agudo, e a leitura de valor extremo é confirmada por glicemia laboratorial sem que isso retarde o tratamento. A ausência de sintoma não encerra o protocolo, porque

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

a descompensação pode ter instalação lenta. Vão imediatamente à sala de estabilização, sem aguardar na recepção, os usuários com hipoglicemia acompanhada de alteração do nível de consciência, com suspeita de cetoacidose ou de estado hiperosmolar, com desidratação intensa, com instabilidade hemodinâmica ou com rebaixamento do nível de consciência. A hipoglicemia com sintomas neurológicos é tratada no local em que o usuário se encontrar, inclusive na recepção, porque o deslocamento não precede a correção.

A avaliação inicial é feita com instrumentos que ficam no leito e com registro de horário em cada medida. Aferem-se glicemia capilar, sinais vitais completos com temperatura e saturação, Escala de Coma de Glasgow, grau de desidratação, diurese, peso aferido ou estimado e cetonemia capilar ou cetonúria, conforme a disponibilidade. A avaliação por via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição corre em paralelo ao tratamento, com dois acessos venosos periféricos calibrosos nos quadros hiperglicêmicos, um para fluidos e potássio e outro para a insulina, e com monitorização cardíaca contínua pelo risco de arritmia decorrente das alterações do potássio. O enfermeiro assistencial responde pela instalação dos acessos e da monitorização e pelo lançamento dos horários no prontuário eletrônico.

Medido o usuário, investiga-se a causa, porque corrigir a glicemia sem identificar o desencadeante é garantir a recorrência. Levantam-se o tipo de diabetes, os medicamentos em uso com doses, horários e adesão, e o fator desencadeante, entre eles infecção, omissão de insulina, síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral, pancreatite, uso de corticosteroide, álcool, drogas, gestação, trauma e diagnóstico recente. Na hipoglicemia, investigam-se dose excessiva, refeição omitida, exercício, álcool, insuficiência renal e ingestão intencional de hipoglicemiante, hipótese que muda o destino do usuário. O médico plantonista clínico consolida essa história no prontuário eletrônico e o assistente social a complementa junto ao acompanhante quando o usuário não puder informá-la. O quadro seguinte organiza a conduta escalonada por tempo nas três apresentações.

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

Quadro 155 - Conduta escalonada por tempo nas emergências glicêmicas

Tempo-alvo	Conduta
Até 5 minutos da chegada	Glicemia capilar em todo usuário com sintoma compatível, alteração do nível de consciência, convulsão ou déficit neurológico, realizada pelo enfermeiro ou pelo técnico de enfermagem no local do primeiro contato, com registro do horário
Até 10 minutos, hipoglicemia	Usuário consciente e capaz de deglutir: 15 a 20 gramas de glicose ou de carboidrato simples equivalente por via oral. Usuário com rebaixamento do nível de consciência ou incapaz de deglutir: glicose hipertônica intravenosa conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade, em veia calibrosa, e, na ausência de acesso venoso, glucagon por via intramuscular ou subcutânea. No risco de deficiência de tiamina, por uso abusivo de álcool, desnutrição, vômitos prolongados ou cirurgia bariátrica, tiamina intravenosa antes ou junto com a glicose, sem retardar a correção
15 minutos após a correção	Nova glicemia capilar. Persistindo valor inferior a 70 miligramas por decilitro, repete-se o tratamento. Normalizada a glicemia, oferece-se refeição ou lanche para prevenir a recorrência e mantém-se infusão de solução glicosada quando houver risco de recidiva
Até 30 minutos, hiperglicemia	Coleta de cetonemia ou cetonúria, gasometria venosa, sódio, potássio, cloro, ureia, creatinina, fósforo, magnésio e hemograma, eletrocardiograma de 12 derivações e cálculo da osmolalidade efetiva, com classificação do quadro entre cetoacidose, estado hiperosmolar e quadro misto
Até 60 minutos, reposição volêmica	Cristaloide isotônico, preferencialmente balanceado, de 500 a 1.000 mililitros por hora nas primeiras 2 a 4 horas, iniciado logo após a confirmação diagnóstica e a coleta. Em pessoa idosa e em usuário com insuficiência cardíaca ou renal, bolus de 250 mililitros, com reavaliação frequente de sinais de sobrecarga
Potássio antes da insulina	Potássio inferior a 3,5 milimoles por litro: não se inicia insulina e repõe-se potássio a 10 milimoles por hora até superar 3,5. Entre 3,5 e 5,0: inicia-se insulina e repõe-se potássio para manter de 4 a 5. Superior a 5,0: não se repõe, com reavaliação pela monitorização. O cloreto de potássio concentrado nunca é administrado em bolus nem sem diluição
Após a correção do potássio, insulina	Cetoacidose grave ou moderada complicada: insulina regular em infusão intravenosa contínua de 0,1 unidade por quilograma por hora, em bomba de infusão, ajustada para manter a glicemia em torno de 200 miligramas por decilitro. No estado hiperglicêmico hiperosmolar, a infusão contínua é de 0,05 unidade por quilograma por hora. Cetoacidose leve ou moderada não complicada: insulina de ação rápida por via subcutânea a cada 1 a 2 horas, com supervisão próxima de enfermagem, conforme a decisão médica e o tempo previsto até a transferência. Estado hiperosmolar: 0,05 unidade por quilograma por hora, após a reposição volêmica inicial. Glicemia inferior a 250 miligramas por decilitro: acrescenta-se solução glicosada a 5 ou a 10 por cento e mantém-se a insulina até a resolução da cetoacidose
Limites de velocidade no estado hiperosmolar	A glicemia não cai mais de 90 a 120 miligramas por decilitro por hora, o sódio não varia mais de 10 milimoles por litro em 24 horas e a osmolalidade cai de 3 a 8 miliosmoles por quilograma por hora, para reduzir o risco de complicação neurológica
Até 60 minutos da decisão médica	Registro da solicitação de transferência no Complexo Regulador Estadual em todo usuário com cetoacidose ou estado hiperosmolar, com informação do nível de cuidado necessário, dos valores laboratoriais e das infusões em curso
Em paralelo, fator desencadeante	Investigação e tratamento da causa, em especial infecção e síndrome coronariana aguda, com suspensão do inibidor do cotransportador sódio-glicose tipo 2 na cetoacidose

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de emergências glicêmicas.

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

Duas condutas ficam expressamente fora da rotina, para que não sejam adotadas por hábito. Não há administração de rotina de bicarbonato nem de fósforo. O bicarbonato é considerado apenas na acidose grave, com pH inferior a 7,0, e o fósforo quando inferior a 1,0 milimol por litro, sobretudo com fraqueza muscular ou comprometimento cardíaco ou respiratório, sempre por decisão médica registrada no prontuário eletrônico. O quadro seguinte relaciona os materiais e medicamentos que compõem o protocolo e que a farmácia de cada unidade mantém em estoque mínimo verificado por turno. A conferência é registrada pelo técnico de enfermagem e validada pelo farmacêutico, de modo que a falta de insumo seja identificada antes do plantão seguinte e nunca durante o atendimento de um usuário em descompensação.

Quadro 156 - Materiais e medicamentos do protocolo de emergências glicêmicas

Item	Referência de uso	Observações
Glicose por via oral	15 a 20 gramas, repetidas após 15 minutos se a glicemia permanecer inferior a 70 miligramas por decilitro	Usuário consciente e capaz de deglutir, seguido de refeição ou lanche
Glicose hipertônica intravenosa	Conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade de diluição, com referência usual de 25 gramas	Solução irritante, administrada em veia calibrosa, seguida de solução glicosada contínua quando houver risco de recorrência
Glucagon	Por via intramuscular ou subcutânea, conforme bula	Hipoglicemia grave sem acesso venoso, com eficácia reduzida na depleção de glicogênio por álcool ou desnutrição
Tiamina intravenosa	Antes ou junto com a glicose nos usuários de risco	Não retarda a correção da hipoglicemia
Insulina regular em infusão contínua	Cetoacidose 0,1 e estado hiperosmolar 0,05 unidade por quilograma por hora	Diluição padronizada, bomba de infusão, rótulo conferido e dupla checagem
Cloreto de potássio	10 milimoles por hora com potássio inferior a 3,5, mantendo de 4 a 5 milimoles por litro	Nunca em bolus nem sem diluição, com concentração, via e velocidade conforme a padronização e a monitorização disponível
Cristaloide isotônico balanceado	500 a 1.000 mililitros por hora nas primeiras 2 a 4 horas	Bolus de 250 mililitros em pessoa idosa, cardiopata ou nefropata
Solução glicosada a 5 ou 10 por cento	Quando a glicemia for inferior a 250 miligramas por decilitro	Permite manter a insulina até a resolução da cetoacidose

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

Item	Referência de uso	Observações
Glicosímetro, fitas reagentes e lancetas	Em cada sala de classificação de risco, consultório, sala de medicação, sala de estabilização e área de observação	Calibração e verificação conforme rotina institucional, com registro
Bomba de infusão e planilha de acompanhamento horário	Uma bomba dedicada por usuário em infusão de insulina	A planilha registra hora, glicemia, cetonemia, potássio, fluido, velocidade de insulina, diurese e Escala de Coma de Glasgow

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de emergências glicêmicas.

A monitorização é o que separa a correção segura da correção precipitada, e tem periodicidade distinta em cada quadro. Na cetoacidose, afere-se glicemia capilar a cada 1 a 2 horas, e eletrólitos, creatinina, beta-hidroxibutirato e pH venoso a cada 4 horas até a resolução, com potássio na abertura do protocolo, 2 horas após o início da insulina e a cada 4 horas. No estado hiperosmolar, colhem-se glicemia, creatinina, eletrólitos e osmolalidade a cada 4 horas, com nível de consciência seriado. Em ambos mantêm-se monitorização cardíaca contínua, sinais vitais, diurese horária, balanço hídrico e vigilância de sobrecarga volêmica, sobretudo na pessoa idosa e no usuário com insuficiência cardíaca ou renal. Após a correção da hipoglicemia, repete-se a glicemia capilar 15 minutos depois do tratamento e, em seguida, de forma seriada até a estabilidade.

Essa vigilância só tem valor se o achado anormal chegar ao médico no momento em que aparece. A glicemia inferior a 70 miligramas por decilitro, o potássio fora da faixa-alvo, a queda rápida da glicemia no estado hiperosmolar e a piora neurológica são comunicados imediatamente ao médico pelo enfermeiro assistencial, com registro do horário da comunicação. São critérios de gravidade a cetoacidose grave, com beta-hidroxibutirato superior a 6 milimoles por litro, pH inferior a 7,0, bicarbonato inferior a 10 milimoles por litro, estupor ou coma; o estado hiperosmolar de qualquer grau; a hipocalemia inferior a 3,5 milimoles por litro ou a hipercalemia com alteração no eletrocardiograma; a instabilidade hemodinâmica ou a oligúria persistente; o rebaixamento do nível de consciência; a doença grave concomitante, como sepse, infarto, acidente vascular cerebral ou pancreatite; e a hipoglicemia por sulfonilureia ou por insulina de ação prolongada, ou a hipoglicemia recorrente.

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

Reconhecida a gravidade, define-se quem fica e quem segue, e a área de observação das unidades tem indicação estreita. Permanecem em observação, com glicemias seriadas até a estabilidade e alimentação adequada, os usuários com hipoglicemia de causa identificada e recuperação completa em uso de insulina de ação rápida ou intermediária, e os usuários com hiperglicemia sem cetoacidose e sem hiperosmolaridade, para tratamento, hidratação e reavaliação. A hipoglicemia por sulfonilureia ou por insulina de ação prolongada exige observação prolongada, com infusão de glicose e glicemias frequentes, ou transferência, pelo risco de recorrência tardia. A permanência observa o limite de 24 horas da área de observação das duas unidades (PALMAS, 2026), e a sua extrapolação previsível é motivo para acionar a regulação antes de o limite ser alcançado.

A transferência é a regra nos quadros hiperglicêmicos, e é preparada enquanto o tratamento corre. Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando apresentar via aérea segura, estabilidade hemodinâmica após a reposição inicial, potássio em faixa segura com reposição em curso, infusão de insulina estável em bomba de infusão, glicemia monitorada e diurese presente. São transferidos pelo Complexo Regulador Estadual todos os usuários com cetoacidose ou estado hiperosmolar, a hipoglicemia recorrente, a causada por sulfonilureia, por insulina de ação prolongada ou por ingestão intencional, e a hipoglicemia sem causa identificada ou com recuperação incompleta. A admissão em observação na própria unidade não substitui a transferência nesses casos, e não há alta direta de usuário com cetoacidose ou estado hiperosmolar.

O nível de cuidado solicitado à regulação acompanha a gravidade e é registrado na solicitação. A cetoacidose leve é encaminhada a unidade de observação hospitalar, a cetoacidose moderada a cuidados intermediários, e a cetoacidose grave, o estado hiperosmolar ou a doença crítica concomitante a terapia intensiva. O usuário em infusão de insulina ou de potássio é transportado em suporte avançado, com bomba de infusão e monitorização, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico. O enfermeiro assistencial registra o horário da decisão médica e o horário da solicitação à regulação, marcos que alimentam o indicador contratual de tempo

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

entre a decisão de transferência e o registro no Complexo Regulador Estadual (PALMAS, 2026).

A alta é possível apenas no quadro hipoglicêmico resolvido, e é condicionada. A alta da hipoglicemia é considerada, a critério médico, quando houver causa identificada e corrigida, recuperação completa do estado neurológico, glicemias estáveis após alimentação, ausência de sulfonilureia ou de insulina de ação prolongada como causa e acompanhante responsável. A hiperglicemia sem crise recebe alta com ajuste terapêutico, orientação e seguimento precoce. Em todos os casos entrega-se orientação por escrito sobre prevenção e reconhecimento da hipoglicemia, conservação e aplicação da insulina e sinais de alarme para retorno imediato, com contrarreferência à Atenção Primária e encaminhamento ao serviço de referência quando indicado ajuste de esquema (ASM, 2026).

Todo esse percurso só é auditável porque cada passo deixa registro datado no prontuário eletrônico. Registram-se, com horário, as glicemias, a cetonemia, a gasometria e os eletrólitos; a classificação diagnóstica e de gravidade; o volume e o tipo de fluidos, o potássio, a insulina com dose e velocidade e a glicose administrada, com cada ajuste; o balanço hídrico e a diurese; o fator desencadeante investigado; a planilha de acompanhamento horário nos quadros hiperglicêmicos; o contato com o Complexo Regulador Estadual, com horário da solicitação e horário de saída; a passagem de caso em instrumento estruturado; e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024).

Três medicamentos deste protocolo são de alta vigilância e recebem tratamento específico. A insulina intravenosa, o cloreto de potássio concentrado e a glicose hipertônica exigem prescrição completa, diluição padronizada, rotulagem, administração em bomba de infusão e dupla checagem registrada, conforme as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). O farmacêutico confere a dose e participa da dupla checagem, e o incidente relacionado a qualquer um deles é notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente, que o classifica e devolve a análise ao setor de origem. O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

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

Quadro 157 - Indicadores do protocolo de emergências glicêmicas

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Usuários com alteração do nível de consciência, convulsão ou déficit neurológico com glicemia capilar registrada na avaliação inicial	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Tempo entre a chegada e a correção da hipoglicemia com alteração do nível de consciência	Até 10 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Hipoglicemias com nova glicemia registrada 15 minutos após o tratamento	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários com cetoacidose ou estado hiperosmolar com potássio dosado antes do início da insulina	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Usuários com cetoacidose ou estado hiperosmolar com planilha de acompanhamento horário completa	90 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Tempo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual	Até 60 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Dupla checagem registrada na administração de insulina intravenosa, cloreto de potássio e glicose hipertônica	95 por cento	Farmacêutico	Mensal
Usuários com alta por hipoglicemia com contrarreferência à Atenção Primária registrada	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por unidade, com conferência item a item dos elementos de registro obrigatório. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte, acompanhado do plano de ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. Os desvios são tratados na Comissão de Análise e Revisão de Prontuários e no Núcleo de Segurança do Paciente, e os temas reincidentes entram no cronograma do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

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

As referências técnicas do protocolo são o consenso internacional sobre crises hiperglicêmicas em adultos com diabetes (UMPIERREZ et al., 2024), os padrões de cuidado em diabetes da American Diabetes Association, no capítulo de metas glicêmicas e hipoglicemia (ADA, 2024), a diretriz atualizada das Joint British Diabetes Societies para o estado hiperglicêmico hiperosmolar (JBDS-IP, 2023), o Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d), a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024). A consequência de operar assim é que a descompensação glicêmica deixa de depender da experiência de quem está no plantão e passa a depender de uma medida feita na entrada e de uma sequência cronometrada que a unidade pode comprovar prontuário por prontuário.

V.1.9.14 Manejo do paciente com anafilaxia

A anafilaxia é a única emergência da porta de urgência em que o tratamento certo é mais seguro do que a dúvida. Uma dose de adrenalina intramuscular em quem não tinha anafilaxia é bem tolerada; a dose não aplicada em quem tinha mata por obstrução de via aérea ou por choque em poucos minutos. É também a emergência que a própria unidade pode causar, na sala de medicação e na sala de imunização, depois de um antimicrobiano, de um anti-inflamatório ou de um imunobiológico. A reação que a unidade provoca é, por isso, tão objeto deste protocolo quanto a reação que chega pela recepção, e as duas recebem a mesma resposta.

Numa unidade de pronto atendimento, sem internação e sem terapia intensiva, isso produz duas obrigações simultâneas: tratar onde o usuário estiver, porque o deslocamento consome o tempo que decide o caso, e observar por período dimensionado ao risco de recorrência antes de liberar ou de transferir. Por isso o protocolo das UPAs 24 horas Norte e Sul não concentra a resposta na sala de estabilização. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido na íntegra com as adaptações exigidas pela realidade das duas unidades. O

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

Protocolo de Anafilaxia integra o **Anexo XXXI**. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 158 - Folha de identificação do Protocolo de Anafilaxia

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo do Paciente com Anafilaxia
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Todos os setores assistenciais das duas unidades, inclusive recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de imunização, sala de imobilização, odontologia, radiologia, sala de estabilização, área de observação e farmácia
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico responsável técnico na conferência dos kits
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXXI, Protocolo de Anafilaxia**
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico Responsável Técnico: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza o reconhecimento precoce, o tratamento imediato com adrenalina intramuscular, o suporte da via aérea, da respiração e da circulação, o manejo da anafilaxia refratária, o tempo de observação dimensionado pelo risco de reação bifásica, a definição do destino e a orientação de prevenção de novos episódios, com redução do tempo entre o reconhecimento e a primeira dose de adrenalina. Aplica-se às duas unidades, em todos os turnos, e alcança o usuário que chega com reação em curso e o usuário que desenvolve reação dentro da unidade após medicamento, imunobiológico, contraste, anestésico local da odontologia ou qualquer insumo de uso assistencial. Alcança também o acompanhante e o trabalhador que apresentem reação nas dependências das unidades. O usuário menor de 12 anos é conduzido pelo pediatra de plantão, com dose de adrenalina calculada por peso, segundo o protocolo de urgências

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

pediátricas desta proposta. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional.

Quadro 159 - Competências por categoria profissional no manejo da anafilaxia

Categoria	Competências
Médico clínico de urgência	Confirma o diagnóstico, prescreve e lidera o tratamento, conduz a anafilaxia refratária, indica e executa o manejo avançado da via aérea, define o tempo de observação e o destino, prescreve na alta e encaminha ao serviço de referência em alergia e imunologia
Médico pediatra	Assume o usuário menor de 12 anos, com dose por peso, e permanece responsável pela condução até a alta ou a transferência
Enfermeiro assistencial	Reconhece o quadro, aciona imediatamente o médico, posiciona o usuário, administra a adrenalina intramuscular conforme prescrição ou conforme o protocolo institucional aprovado quando o médico ainda não estiver ao lado do usuário, instala oxigenoterapia, obtém acesso venoso, inicia a reposição volêmica prescrita, monitoriza, reavalia após cada dose, aplica o processo de enfermagem, registra a alergia em campo destacado do prontuário e notifica
Técnico de enfermagem	Interrompe de imediato a infusão ou a exposição ao agente suspeito, troca o equipo, posiciona o usuário, chama a equipe, afere sinais vitais, instala a monitorização e administra medicamentos sob supervisão do enfermeiro
Farmacêutico	Garante adrenalina 1 miligrama por mililitro em todos os setores de risco das duas unidades, confere mensalmente os kits de anafilaxia com registro em lista de verificação, mantém a tabela de doses afixada, orienta a equipe sobre a diferença entre as vias e as concentrações e notifica a reação adversa à farmacovigilância, em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Repõe o kit de anafilaxia após cada uso, confere validade e lote e registra a movimentação
Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal	Reconhecem a reação ao anestésico local, interrompem o procedimento, acionam a equipe assistencial e mantêm o kit de anafilaxia conferido no consultório odontológico
Técnico de radiologia	Reconhece a reação ao contraste, interrompe a administração, aciona a equipe assistencial e mantém o kit de anafilaxia conferido na sala de exames
Assistente social	Apoia o usuário e a família, orienta sobre o acesso ao serviço de referência em alergia e imunologia e sobre a guarda do documento de alergia, em cobertura nas 24 horas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de anafilaxia.

A definição adotada é deliberadamente ampla, porque a apresentação incompleta é a que mais atrasa o tratamento. Anafilaxia é a reação de hipersensibilidade sistêmica grave, de início geralmente rápido e potencialmente fatal, caracterizada por comprometimento da via aérea, da respiração ou da circulação, que pode ocorrer sem alteração cutânea típica e sem choque. É altamente provável quando houver início agudo, em minutos a horas, de acometimento de pele ou mucosas, com urticária, prurido, rubor ou edema de lábios, língua ou úvula, associado a pelo menos um entre comprometimento respiratório, redução da pressão arterial com sinais de disfunção de órgão-alvo e sintoma gastrointestinal grave. É igualmente provável quando houver início agudo de hipotensão,

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

broncoespasmo ou acometimento laríngeo após exposição a alérgeno conhecido ou altamente provável para aquele usuário, mesmo sem acometimento cutâneo.

Dessa definição derivam quatro situações que recebem conduta distinta. Choque anafilático é a anafilaxia com comprometimento circulatório grave. Anafilaxia refratária é a persistência do comprometimento respiratório ou circulatório apesar de duas doses adequadas de adrenalina intramuscular. Reação bifásica é a recorrência dos sintomas após a resolução inicial, sem nova exposição ao agente, em geral nas horas seguintes, e é ela que determina o tempo de observação. Angioedema sem urticária pode decorrer de anafilaxia ou de mecanismo mediado por bradicinina, como no uso de inibidor da enzima conversora da angiotensina e no angioedema hereditário, cuja resposta à adrenalina é limitada e que exige avaliação específica, sem que a dúvida sobre o mecanismo retarde a primeira dose.

A abertura do protocolo é de qualquer profissional assistencial, sem necessidade de autorização prévia, porque a reação pode começar em qualquer ponto da unidade. Abre-se o protocolo diante de início súbito e progressão rápida de edema de língua, lábios ou garganta, rouquidão, estridor ou dificuldade para deglutir; de dispneia, sibilância, tosse persistente, cianose ou queda da saturação; de hipotensão, taquicardia, síncope, palidez, sudorese, alteração do nível de consciência ou parada cardiorrespiratória; de urticária, rubor, prurido ou angioedema, ausentes em até 20 por cento dos casos; ou de dor abdominal em cólica, vômitos e diarreia de instalação aguda. O diagnóstico é reforçado pela exposição recente a medicamento, sobretudo antimicrobiano, anti-inflamatório, bloqueador neuromuscular e contraste, a picada de inseto, a alimento, a látex e a imunobiológico.

Reconhecida a suspeita, a regra de decisão é uma só. Na dúvida, a adrenalina intramuscular é administrada, porque não há contraindicação absoluta à primeira dose. Diferencia-se a anafilaxia da reação vasovagal, com bradicardia e palidez sem urticária nem broncoespasmo, da crise de asma isolada, da crise de pânico, da urticária isolada sem comprometimento sistêmico e do angioedema mediado por bradicinina, sem que essa diferenciação retarde o tratamento. A suspeita de anafilaxia recebe prioridade máxima e atendimento imediato, na sala de estabilização ou no local em que o usuário se encontrar, e a administração da adrenalina não é retardada pelo transporte do usuário. Os fatores

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

associados a maior gravidade, entre eles asma não controlada, doença cardiovascular, idade avançada, uso de betabloqueador ou de inibidor da enzima conversora da angiotensina e mastocitose, são registrados na primeira abordagem pelo enfermeiro assistencial. Os dois quadros seguintes trazem a conduta escalonada por tempo e os materiais e medicamentos do protocolo.

Quadro 160 - Conduta escalonada por tempo na anafilaxia

Tempo-alvo	Conduta
Minuto zero, reconhecimento	Interrupção imediata da infusão ou da exposição ao agente suspeito, com manutenção do acesso venoso e troca do equipo, chamada de ajuda e acionamento do médico, e registro do horário de início dos sintomas e do agente suspeito
Até 2 minutos, posicionamento	Usuário deitado com membros inferiores elevados na hipotensão ou nos sinais de choque; posição sentada permitida na dificuldade respiratória sem hipotensão; decúbito lateral esquerdo na gestante. O usuário não fica em pé nem caminha, e evitam-se mudanças súbitas de posição pelo risco de colapso circulatório
Até 5 minutos, adrenalina intramuscular	Adrenalina 1 miligrama por mililitro na dose de 0,01 miligrama por quilograma, até o máximo de 0,5 miligrama, equivalente a 0,5 mililitro no adulto, aplicada na face anterolateral do terço médio da coxa. A via subcutânea não é utilizada
Em paralelo, suporte	Avaliação por via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição, simultânea ao tratamento; oxigênio em alta concentração com titulação posterior; acesso venoso calibroso; cristaloide intravenoso em bolus de 500 a 1.000 mililitros no adulto com hipotensão, repetido conforme a resposta e com reavaliação de sinais de sobrecarga; monitorização cardíaca, oximetria e pressão arterial frequente; remoção do ferrão quando presente
5 minutos após a primeira dose	Reavaliação completa. Persistindo problema de via aérea, de respiração ou de circulação, repete-se a adrenalina intramuscular. O broncoespasmo que persiste após a adrenalina recebe beta-2 agonista inalatório como adjuvante
Após a segunda dose, anafilaxia refratária	Conduta liderada pelo médico mais experiente disponível, com acionamento imediato do Complexo Regulador Estadual para terapia intensiva; adrenalina em infusão intravenosa contínua em baixa dose, em bomba de infusão, com monitorização contínua, sem interromper as doses intramusculares enquanto a infusão é preparada; reposição volêmica adicional e vasopressor conforme avaliação médica; glucagon intravenoso no usuário em uso de betabloqueador com resposta insuficiente; e manejo precoce da via aérea diante de edema progressivo. O bolus intravenoso de adrenalina é reservado a profissional experiente em seu uso, e a dose de 1 miligrama por via intravenosa é exclusiva da parada cardiorrespiratória
Parada cardiorrespiratória	Condução pelo protocolo de parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar desta proposta, com adrenalina intravenosa na dose da parada e reposição volêmica vigorosa
Após a estabilização	Anti-histamínico, preferencialmente não sedante por via oral, apenas para alívio de sintoma cutâneo, sem substituir nem retardar a adrenalina. O corticosteroide não é indicado de rotina e pode ser considerado, a critério médico, no usuário com asma associada ou choque refratário

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de anafilaxia.

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

Quadro 161 - Materiais e medicamentos do protocolo de anafilaxia

Item	Referência de uso	Observações
Adrenalina 1 miligrama por mililitro, intramuscular	0,01 miligrama por quilograma, máximo de 0,5 miligrama, na face anterolateral da coxa, repetida após 5 minutos sem melhora	Primeira linha, não retardada por exame nem por transporte; via subcutânea não utilizada
Adrenalina em infusão intravenosa contínua	Conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade de diluição	Anafilaxia refratária, em bomba de infusão, com monitorização contínua e por profissional experiente
Cristaloide isotônico intravenoso	Bolus de 500 a 1.000 mililitros no adulto, repetido conforme a resposta	Hipotensão e sinais de choque, com reavaliação de sobrecarga
Beta-2 agonista inalatório	Conforme prescrição médica	Broncoespasmo persistente após a adrenalina
Anti-histamínico	Conforme prescrição médica	Somente após a estabilização, para sintoma cutâneo
Glucagon intravenoso	Conforme prescrição médica	Resposta insuficiente à adrenalina no usuário em uso de betabloqueador
Oxigênio em alta concentração	Máscara com reservatório, com titulação posterior	Instalado junto com a adrenalina, não em substituição a ela
Kit de anafilaxia	Adrenalina 1 miligrama por mililitro, seringas de 1 mililitro, agulhas adequadas à via intramuscular e tabela de doses afixada	Presente em todos os setores em que se administram medicamentos, contrastes ou imunobiológicos, com conferência mensal registrada pelo farmacêutico e reposição imediata após o uso

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de anafilaxia.

O diagnóstico é clínico e o tratamento não aguarda exame, o que define o lugar restrito do laboratório neste protocolo. A triptase sérica, conforme a disponibilidade do laboratório da unidade, é coletada tão logo possível após o início do tratamento, idealmente entre 1 e 2 horas do início dos sintomas e até 4 horas, com amostra basal posterior obtida em consulta especializada, para apoio diagnóstico futuro. O eletrocardiograma é realizado no usuário com dor torácica, arritmia ou doença cardíaca conhecida, com registro do horário de realização. Nenhuma coleta e nenhum exame de imagem precedem a primeira dose de adrenalina, e a ausência de triptase disponível não altera a conduta nem o destino do usuário.

Administrada a adrenalina, o que sustenta o resultado é a vigilância continuada. Mantêm-se monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso e aferição frequente da pressão arterial, com reavaliação completa após cada dose de adrenalina, registrada com horário no prontuário eletrônico. A vigilância ativa de reação bifásica atravessa todo o período de observação, com orientação expressa ao usuário e ao acompanhante para comunicar qualquer retorno de sintoma, por tênue que pareça. São critérios de gravidade

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

o estridor, o edema de língua ou de orofaringe e a rouquidão progressiva; o broncoespasmo grave, a hipoxemia ou a cianose; a hipotensão ou o choque; a alteração do nível de consciência; a necessidade de mais de uma dose de adrenalina; e a anafilaxia refratária. Qualquer um deles é comunicado de imediato ao médico plantonista clínico pelo enfermeiro assistencial.

A definição de estabilidade é o que autoriza passar da sala de estabilização à observação. Considera-se o usuário estabilizado quando houver via aérea pérvia sem estridor, saturação adequada, ausência de broncoespasmo significativo, pressão arterial e perfusão normalizadas sem necessidade de dose adicional de adrenalina e nível de consciência normal. Todo usuário permanece em observação monitorizada após a resolução, pelo risco de reação bifásica, e o tempo é dimensionado pelo risco: pelo menos 2 horas após a resolução no usuário com boa resposta a dose única de adrenalina, resolução completa, sem antecedente de reação bifásica e com supervisão adequada depois da alta; e pelo menos 6 horas no usuário que necessitou de duas doses de adrenalina ou que tem antecedente de reação bifásica.

A faixa mais longa de observação é também a que mais frequentemente termina em transferência. Observa-se por pelo menos 12 horas o usuário com reação grave que exigiu mais de duas doses, com asma grave associada, com possibilidade de absorção continuada do alérgeno, com apresentação tardia ou com dificuldade de acesso a atendimento de urgência depois da alta, hipótese em que se avalia a transferência, uma vez que a permanência observa o limite de 24 horas da área de observação (PALMAS, 2026). São transferidos pelo Complexo Regulador Estadual os usuários com anafilaxia refratária, com necessidade de manejo avançado e continuado da via aérea, com choque persistente, com recorrência dos sintomas durante a observação e com necessidade de vigilância superior à capacidade da área de observação.

A natureza do recurso faltante define o destino solicitado e o meio de transporte. A anafilaxia refratária, o usuário com via aérea avançada e o choque são encaminhados a serviço com terapia intensiva. O transporte é realizado em suporte avançado, com adrenalina disponível, monitorização contínua e material de via aérea, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico. A

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

admissão em observação na própria unidade é reservada ao usuário estabilizado que cumpre os critérios de permanência. O enfermeiro assistencial registra o horário da decisão médica e o horário da solicitação à regulação, marcos do indicador contratual de tempo entre a decisão de transferência e o registro no Complexo Regulador Estadual (PALMAS, 2026).

A alta é considerada, a critério médico, após o período de observação indicado e com resolução completa e sustentada dos sintomas, e ela carrega mais obrigações do que qualquer outra alta deste conjunto de protocolos. O usuário recebe orientação por escrito sobre a reação, o agente suspeito e a forma de evitar nova exposição; orientação sobre sinais de recorrência e retorno imediato; prescrição de adrenalina autoinjetável com treinamento para o seu uso, quando indicada e disponível; encaminhamento ao serviço de referência em alergia e imunologia por meio da regulação ambulatorial; e contrarreferência à Atenção Primária (ASM, 2026). O documento de alergia é entregue em mãos, e o mesmo registro é lançado em campo destacado do prontuário eletrônico.

Esse registro da alergia é o que impede que a unidade repita a exposição em um atendimento futuro. Registram-se no prontuário eletrônico o horário de início dos sintomas, o agente suspeito e a via de exposição; as manifestações clínicas por sistema; os horários, as doses e as vias da adrenalina e dos demais medicamentos; a resposta ao tratamento e os sinais vitais seriados; a coleta de triptase com horário, quando realizada; o tempo de observação e a condição na alta ou na transferência; a alergia em campo destacado, com identificação visual do usuário enquanto permanecer na unidade; e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024).

A adrenalina é medicamento de alta vigilância e concentra o risco de erro deste protocolo. A confusão entre as vias intramuscular e intravenosa ou entre concentrações é prevenida por tabela de doses afixada nos pontos de administração e por dupla checagem registrada, conforme as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). A alergia é comunicada a toda a equipe, à farmácia e ao serviço de destino, com passagem de caso em instrumento estruturado que informa o número de doses de adrenalina e os respectivos horários. A reação adversa a medicamento e o evento adverso pós-vacinação

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

são notificados aos sistemas oficiais de farmacovigilância e de vigilância em saúde, e os incidentes, ao Núcleo de Segurança do Paciente. O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

Quadro 162 - Indicadores do protocolo de anafilaxia

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Tempo entre o reconhecimento do quadro e a primeira dose de adrenalina intramuscular	Até 5 minutos em 95 por cento dos casos	Responsável Técnico Médico	Mensal
Casos de anafilaxia tratados com adrenalina intramuscular como primeira medida farmacológica	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Casos em que anti-histamínico ou corticosteroide foi administrado antes da adrenalina	Zero	Farmacêutico	Mensal
Registro do horário de início dos sintomas e do agente suspeito em prontuário	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários com tempo de observação cumprido conforme o risco antes da alta	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Altas por anafilaxia com documento de alergia entregue e registro destacado em prontuário	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Kits de anafilaxia dos setores de risco com conferência mensal registrada e completa	95 por cento	Farmacêutico	Mensal
Reações adversas a medicamento e eventos adversos pós-vacinação notificados aos sistemas oficiais	95 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Mensal
Profissionais assistenciais com capacitação vigente em reconhecimento e tratamento da anafilaxia	90 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente em Saúde	Trimestral
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por unidade, com conferência item a item dos elementos de registro obrigatório e do tempo até a primeira dose de adrenalina. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do

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

mês seguinte, acompanhado do plano de ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. Todo caso de anafilaxia ocorrido dentro das unidades após medicamento, contraste ou imunobiológico é analisado como evento no Núcleo de Segurança do Paciente, segundo a classificação internacional para a segurança do paciente (OMS, 2009), com retorno à equipe do setor em que ocorreu.

As referências técnicas do protocolo são a orientação sobre anafilaxia da World Allergy Organization (CARDONA et al., 2020), a diretriz de tratamento de emergência da anafilaxia do Resuscitation Council UK (RCUK, 2021), a atualização de evidências sobre o tratamento da anafilaxia (DODD et al., 2021), a atualização de parâmetro de prática em anafilaxia (GOLDEN et al., 2024), as diretrizes para circunstâncias especiais de ressuscitação (AHA, 2025), a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), o Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024).

Essas referências são mantidas na versão vigente e a sua atualização é verificada na revisão anual do protocolo, de modo que a conduta escrita acompanhe a evidência disponível. Operar desse modo significa que a sala de medicação e a sala de imunização das duas unidades deixam de ser pontos cegos: a reação que elas podem provocar tem resposta no local, tempo de observação definido e análise obrigatória depois. O registro de cada reação atendida, com o horário da adrenalina e o tempo de observação cumprido, é o que permite essa verificação.

V.1.9.15 Manejo do paciente com intoxicação exógena e envenenamentos

A intoxicação é a emergência em que o diagnóstico vem do acompanhante, não do exame. Quem traz a informação que muda a conduta é quem traz a embalagem, a receita ou a descrição do animal. Por isso o atendimento começa por duas perguntas objetivas, qual agente e a que hora, e por uma precaução que protege a equipe antes de proteger o usuário, porque agrotóxico, gás e produto corrosivo contaminam quem atende. A maior parte dos casos se resolve com suporte bem feito, poucos exigem antídoto, e quase todos exigem notificação.

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

Numa unidade de pronto atendimento sem internação, sem centro cirúrgico e sem terapia intensiva, o desafio é sustentar horas de observação e de vigilância cardíaca num quadro cujo efeito costuma ser tardio, e identificar o momento em que o recurso que falta, um soro, um antídoto ou um ambiente protegido, obriga a transferência. Nas UPAs 24 horas Norte e Sul isso tem peso adicional: as duas unidades já registram volume elevado de notificações compulsórias, e a intoxicação exógena está entre os agravos que sustentam esse número (PALMAS, 2026). O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido na íntegra com as adaptações exigidas pela realidade das duas unidades. O Protocolo de Intoxicação Exógena e Envenenamentos integra o **Anexo XXXII**. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 163 - Folha de identificação do Protocolo de Intoxicação Exógena e Envenenamentos

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo do Paciente com Intoxicação Exógena e Envenenamento
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de estabilização, área de observação, área de isolamento, farmácia, laboratório, radiologia, serviço social, vigilância em saúde e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico responsável técnico na padronização dos antídotos
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, de atualização de diretriz ou de alteração do Guia de Vigilância em Saúde
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXXII, Protocolo de Intoxicação Exógena e Envenenamentos**
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico Responsável Técnico: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza a proteção da equipe, a avaliação e a estabilização, a identificação do agente e da síndrome tóxica, as medidas de suporte, a descontaminação quando indicada, o uso de antídotos e de soros antivenenos, a articulação com o Centro

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

de Informação e Assistência Toxicológica, a notificação compulsória, a avaliação do risco de autoagressão e a definição do destino do usuário com intoxicação exógena ou envenenamento, inclusive por animal peçonhento. Aplica-se às duas unidades, em todos os turnos, e alcança a exposição a medicamento, droga de abuso, álcool, produto domissanitário, agrotóxico, raticida, gás, planta e animal peçonhento, entre eles serpente, escorpião, aranha, lagarta e abelha, por via oral, inalatória, cutânea, ocular ou parenteral, de forma acidental, ocupacional, recreativa ou intencional.

Duas situações recebem percurso próprio dentro do mesmo protocolo, pela idade do usuário e pela intenção da exposição. O usuário menor de 12 anos é conduzido pelo pediatra de plantão, com doses calculadas por peso, segundo o protocolo de urgências pediátricas desta proposta, e a exposição intencional é conduzida também pelo percurso da pessoa em sofrimento psíquico descrito nesta proposta. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional. Em ambas, o registro do agente, da via e do horário da exposição permanece no mesmo campo do prontuário eletrônico, para que a notificação compulsória seja extraída dele sem retrabalho.

Quadro 164 - Competências por categoria profissional no manejo da intoxicação exógena e do envenenamento

Categoria	Competências
Médico clínico de urgência	Avalia, identifica a síndrome tóxica, contata o Centro de Informação e Assistência Toxicológica, prescreve medidas de suporte, descontaminação, antídotos e soros, classifica a gravidade do envenenamento, avalia o risco de autoagressão e define o destino
Médico pediatra	Assume o usuário menor de 12 anos, com dose por peso, e permanece responsável pela condução até a alta ou a transferência
Enfermeiro assistencial	Classifica o risco, organiza a descontaminação com proteção da equipe, monitoriza, administra antídotos e soros prescritos com vigilância de reação precoce, mantém a vigilância contínua do usuário com risco de autoagressão, aplica o processo de enfermagem, registra e providencia a notificação
Técnico de enfermagem	Afere sinais vitais, realiza glicemia capilar, instala a monitorização, executa a descontaminação cutânea com os equipamentos de proteção individual indicados, administra medicamentos sob supervisão do enfermeiro e registra cada medida com horário
Farmacêutico	Mantém a lista de antídotos padronizados e disponíveis nas duas unidades, com fluxo escrito de obtenção dos que não integram o elenco, orienta dose, diluição e preparo, apoia a identificação do medicamento ingerido a partir da embalagem ou da receita, articula-se com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica e notifica à farmacovigilância, em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Repõe os antídotos após o uso, confere validade e lote e registra a dispensação
Técnico de radiologia	Executa a radiografia solicitada na investigação do agente e das complicações, no leito quando o usuário não puder ser deslocado

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

Categoria	Competências
Assistente social	Acolhe o usuário e a família na exposição intencional, levanta a situação de vulnerabilidade e de violência, articula o seguimento na rede de atenção psicossocial e na Atenção Primária e apoia a comunicação com a vigilância em saúde, em cobertura nas 24 horas
Cirurgião-dentista	Avalia a lesão de mucosa oral na ingestão de corrosivo e orienta os cuidados locais

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de intoxicação exógena e envenenamentos.

As definições organizam um universo de agentes muito heterogêneo em categorias que produzem conduta. Intoxicação exógena é o conjunto de efeitos nocivos decorrentes da exposição a substância química, por qualquer via, de forma acidental ou intencional. Envenenamento por animal peçonhento é o quadro decorrente da inoculação de veneno por animal dotado de aparelho inoculador, entre eles serpentes dos gêneros Bothrops, Crotalus, Lachesis e Micrurus, escorpiões do gênero Tityus, aranhas dos gêneros Loxosceles, Phoneutria e Latrodectus, lagartas do gênero Lonomia e himenópteros. Síndrome tóxica é o conjunto de sinais e sintomas que sugere uma classe de agentes, e é o que permite tratar antes de saber o nome da substância.

Três outras definições sustentam as decisões terapêuticas e o apoio externo. Descontaminação é o conjunto de medidas que reduz a absorção do agente, entre elas a remoção de roupas e a lavagem da pele, a irrigação ocular e, em situações selecionadas, o carvão ativado. Antídoto é o medicamento que antagoniza ou reduz os efeitos de um agente tóxico específico. O Centro de Informação e Assistência Toxicológica é o serviço de apoio especializado que orienta o diagnóstico e o tratamento das intoxicações e dos acidentes por animais peçonhentos, integrante de rede nacional acessada pelo serviço telefônico gratuito 0800 722 6001, cujo número fica afixado na sala de estabilização e na sala de medicação das duas unidades, com o número do atendimento recebido lançado no prontuário eletrônico.

A abertura do protocolo é do enfermeiro classificador, sem necessidade de autorização prévia, e tem dois grupos de gatilhos. O primeiro é a informação: relato de exposição, embalagem ou receita trazida pelo acompanhante, picada ou mordida por animal. O segundo é o achado clínico sem causa declarada: alteração do nível de consciência, convulsão, arritmia, alteração pupilar, depressão respiratória, sintoma colinérgico ou anticolinérgico, acidose inexplicada e comportamento alterado sem causa

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

definida. A ausência inicial de sintoma não afasta a gravidade, porque muitos agentes têm efeito tardio, e a ingestão de agente de alta letalidade ou de grande quantidade abre o protocolo mesmo no usuário assintomático.

Antes de qualquer conduta sobre o usuário, protege-se quem atende. Nas exposições a agrotóxico, gás ou produto corrosivo, usam-se os equipamentos de proteção individual indicados pela norma de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde (BRASIL, 2005) e a descontaminação é feita antes da entrada do usuário em áreas comuns, em espaço delimitado da unidade. Solicitam-se ao acompanhante as embalagens, as receitas e a identificação do animal, por fotografia quando possível, sem manipulação de risco. Vão imediatamente à sala de estabilização os usuários com alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica ou respiratória, convulsão, exposição a agente de alta toxicidade, ingestão intencional, e acidente por serpente ou por escorpião com manifestação sistêmica. O usuário com risco de autoagressão permanece sob vigilância contínua, em local de observação direta pela equipe, com remoção de objetos de risco.

A avaliação inicial é feita em duas frentes, a história da exposição e o exame que identifica a síndrome. Obtêm-se o agente ou os agentes, a apresentação, a concentração, a quantidade e a via de exposição; o horário da exposição; a intencionalidade; os sintomas e o tratamento prévio; as comorbidades, os medicamentos em uso e a gestação. Nos acidentes por animais peçonhentos, levantam-se o tipo de animal, o local da picada, o tempo decorrido, as manifestações locais e sistêmicas e as medidas já realizadas, registrando-se que torniquete, incisão e sucção são contraindicados. O médico plantonista clínico consolida essa história e o assistente social a complementa com terceiros quando o usuário não puder informá-la.

O exame físico deste protocolo é dirigido, porque é ele que nomeia a síndrome tóxica. Aferem-se sinais vitais completos com temperatura, saturação e glicemia capilar, e avaliam-se Escala de Coma de Glasgow, pupilas, pele quanto a sudorese, secura e rubor, ruídos hidroaéreos, bexiga, tônus e reflexos. Realiza-se eletrocardiograma de 12 derivações com leitura de frequência, ritmo e dos intervalos PR, QRS e QT corrigido, conduzido pelo técnico de enfermagem e lido pelo médico plantonista clínico com registro de horário. Nos acidentes por animais peçonhentos, examinam-se edema, dor, equimose, sangramento, necrose, alteração da coagulação, fácies miastênica, ptose

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

palpebral, aspecto da urina e manifestações autonômicas. O quadro seguinte organiza a conduta escalonada por tempo na intoxicação e no envenenamento.

Quadro 165 - Conduta escalonada por tempo na intoxicação exógena e no envenenamento

Tempo-alvo	Conduta
Minuto zero, segurança da equipe	Equipamentos de proteção individual e descontaminação cutânea antes da entrada em áreas comuns nas exposições a agrotóxico, gás e produto corrosivo, com remoção e acondicionamento das roupas contaminadas
Até 5 minutos	Avaliação por via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição, com monitorização cardíaca, oximetria, acesso venoso calibroso e glicemia capilar. A hipoglicemia é corrigida conforme o protocolo de emergências glicêmicas e a convulsão é tratada com benzodiazepínico como primeira escolha, conforme o protocolo de crise convulsiva. No usuário com suspeita de intoxicação por monóxido de carbono, oxigênio a 100 por cento em máscara com reservatório
Até 10 minutos	Eletrocardiograma de 12 derivações, com medida do QRS e do QT corrigido, e identificação da síndrome tóxica pelo exame dirigido. O alargamento do QRS acima de 100 milissegundos ou a arritmia ventricular na intoxicação por antidepressivo tricíclico ou por outro bloqueador de canal de sódio recebem bicarbonato de sódio intravenoso
Até 30 minutos	Contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica em toda intoxicação grave, por agente desconhecido ou pouco frequente, e em todo acidente por animal peçonhento, com registro em prontuário do número do atendimento e das orientações recebidas
Até 60 minutos da ingestão	Carvão ativado em dose única, na referência de 50 gramas por via oral ou por sonda no adulto, quando houver ingestão de substância adsorvível em quantidade potencialmente tóxica e o usuário estiver alerta e colaborativo ou com via aérea protegida. É contraindicado na via aérea não protegida e na ingestão de corrosivo, hidrocarboneto, álcool, lítio ou ferro, e na obstrução ou perfuração intestinal. A lavagem gástrica não é realizada de rotina, cabendo apenas em indicação excepcional por decisão médica com orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica, e a indução de vômito é contraindicada
Descontaminação cutânea e ocular	Remoção das roupas e lavagem da pele com água corrente abundante, com proteção da equipe; irrigação ocular contínua com solução fisiológica ou água corrente por tempo prolongado, com encaminhamento à oftalmologia nos agentes corrosivos
Antídoto, quando indicado	Prescrição médica orientada pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica, com conferência de dose, preparo e dupla checagem registrada pelo farmacêutico ou pelo enfermeiro assistencial
Animal peçonhento, desde a admissão	Repouso, membro afetado em posição funcional, retirada de anéis e adornos, analgesia conforme prescrição e anestesia local no acidente escorpiônico quando prescrita. Não se realiza torniquete, incisão, sucção nem aplicação de substância no local. Classifica-se a gravidade e indica-se o soro específico conforme o Guia de Vigilância em Saúde vigente e a orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica
Até 60 minutos da decisão médica	Registro da solicitação de transferência no Complexo Regulador Estadual, com informação do agente, da gravidade, dos antídotos já administrados e da necessidade de soroterapia ou de terapia intensiva
Antes da alta ou da transferência	Notificação compulsória e, nas exposições intencionais, avaliação do risco de suicídio e definição do seguimento na rede de atenção psicossocial, com participação do assistente social de plantão

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de intoxicação exógena e envenenamentos.

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

O suporte bem feito resolve a maior parte dos casos, e é por ele que o tratamento começa. Garantem-se via aérea, oxigenação e ventilação, corrigem-se a hipotensão, a hipoglicemia e os distúrbios hidroeletrolíticos, e controlam-se as convulsões e a temperatura. O manejo avançado da via aérea não retarda o antídoto capaz de reverter o quadro, em especial a naloxona na depressão respiratória por opioide. O flumazenil não é utilizado de rotina, pelo risco de convulsão, sobretudo em usuário crônico de benzodiazepínico ou em intoxicação mista, e essa abstenção é verificada na auditoria de prontuários. Os dois quadros seguintes reúnem as principais síndromes tóxicas e os antídotos e tratamentos específicos de referência para adultos.

Quadro 166 - Principais síndromes tóxicas

Síndrome	Sinais principais	Agentes frequentes
Colinérgica	Miose, sialorreia, lacrimejamento, broncorreia, broncoespasmo, bradicardia, sudorese, vômitos, diarreia, fasciculações e fraqueza	Organofosforados e carbamatos, inclusive os raticidas de uso clandestino
Anticolinérgica	Midríase, pele seca e quente, rubor, taquicardia, hipertermia, retenção urinária, redução dos ruídos hidroaéreos e delirium	Anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos e plantas, entre elas a trombeteira
Simpaticomimética	Midríase, taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese, agitação e convulsões	Cocaína, anfetaminas e descongestionantes
Opioide	Miose, depressão respiratória, rebaixamento do nível de consciência, bradicardia e hipotensão	Morfina, tramadol, codeína, fentanil e congêneres
Sedativo-hipnótica	Rebaixamento do nível de consciência, depressão respiratória, pupilas normais ou mióticas e sinais vitais normais ou reduzidos	Benzodiazepínicos, barbitúricos, álcool e anticonvulsivantes
Serotoninérgica	Agitação, tremor, clônus, hiperreflexia, hipertermia, diarreia e sudorese	Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, tramadol e associações

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de intoxicação exógena e envenenamentos.

Quadro 167 - Antídotos e tratamentos específicos de referência para adultos

Agente	Antídoto ou tratamento	Referência de uso
Opioides	Naloxona	Doses baixas intravenosas tituladas até a recuperação da ventilação, repetidas conforme a resposta, para evitar abstinência aguda; doses maiores na parada cardiorrespiratória e na depressão grave; infusão contínua quando o efeito for recorrente

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

Agente	Antídoto ou tratamento	Referência de uso
Paracetamol	N-acetilcisteína	Regime intravenoso de 21 horas, com 150 miligramas por quilograma em 1 hora, 50 miligramas por quilograma em 4 horas e 100 miligramas por quilograma em 16 horas, conforme nomograma e nível sérico, admitidos regimes alternativos conforme a padronização
Organofosforados e carbamatos	Atropina, com pralidoxima quando disponível	Atropina intravenosa em doses crescentes, dobradas a cada 5 minutos, até a secagem das secreções brônquicas e frequência cardíaca superior a 80 batimentos por minuto; pralidoxima conforme disponibilidade e orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica
Antidepressivos tricíclicos e bloqueadores de canais de sódio	Bicarbonato de sódio	De 1 a 2 miliequivalentes por quilograma por via intravenosa em bolus quando o QRS for superior a 100 milissegundos ou houver arritmia ventricular, repetido conforme o eletrocardiograma e o pH
Benzodiazepínicos	Flumazenil	Não utilizado de rotina, pelo risco de convulsão, com uso restrito a situações selecionadas sem risco convulsivo, por decisão médica
Sulfonilureias	Glicose e, quando orientado, octreotida	Glicose conforme o protocolo de emergências glicêmicas desta proposta, octreotida por orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica na hipoglicemia recorrente, e observação prolongada pelo risco de recidiva
Betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio	Cálcio, glucagon, insulina em altas doses e vasopressores	Tratamento conduzido em terapia intensiva, com orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica e transferência pelo Complexo Regulador Estadual
Monóxido de carbono	Oxigênio a 100 por cento	Máscara com reservatório, com avaliação da indicação de oxigenoterapia hiperbárica junto ao Centro de Informação e Assistência Toxicológica
Cianeto em incêndio em ambiente fechado	Hidroxocobalamina	Conforme disponibilidade e orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica
Metanol e etilenoglicol	Etanol ou fomepizol, com hemodiálise	Conduzidos em serviço de referência, com orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica
Raticidas cumarínicos	Vitamina K1	Conforme o coagulograma e a orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica
Animais peçonhentos	Soro antiveneno específico	Número de ampolas definido pela classificação de gravidade do Guia de Vigilância em Saúde vigente, com administração no ponto de referência da rede para soroterapia

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de intoxicação exógena e envenenamentos.

A soroterapia antiveneno exige uma declaração clara sobre o que as unidades têm e o que não têm. O soro antiveneno não integra o elenco de medicamentos das duas unidades. A conduta nas UPAs Norte e Sul é o atendimento inicial completo, com repouso, analgesia, suporte, coleta de tempo de coagulação, classificação da gravidade segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, contato com o Centro

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

de Informação e Assistência Toxicológica e acionamento do Complexo Regulador Estadual para o ponto de referência da rede onde a soroterapia é realizada, com informação da espécie provável e da classificação de gravidade, que define o número de ampolas. O enfermeiro assistencial registra o horário do contato e o horário da solicitação à regulação.

Essa conduta muda apenas se a decisão do gestor municipal mudar. Caso a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas designe as unidades como ponto de soroterapia e disponibilize os soros, a administração passa a ser feita por via intravenosa, sob supervisão médica direta, na sala de estabilização, com material de reanimação e adrenalina ao lado do leito, monitorização contínua e vigilância ativa de reação precoce conduzida pelo protocolo de anafilaxia desta proposta. Nessa hipótese, o Responsável Técnico Médico e o Responsável Técnico de Enfermagem revisam o protocolo, e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde realiza capacitação específica das equipes dos dois turnos antes da primeira administração.

Os exames seguem a suspeita e nunca precedem o suporte. Conforme a disponibilidade do laboratório da unidade, colhem-se glicemia, eletrólitos, ureia, creatinina e gasometria; realiza-se eletrocardiograma seriado nas intoxicações por agentes cardiotóxicos; dosa-se o nível sérico de paracetamol entre 4 e 24 horas da ingestão em toda ingestão intencional, pela possibilidade de intoxicação associada sem sintoma inicial; pedem-se transaminases, coagulograma e creatinoquinase conforme o agente; colhem-se tempo de coagulação e coagulograma nos acidentes ofídicos, segundo o Guia de Vigilância em Saúde; urina tipo I nos acidentes crotálicos e loxoscélicos, pela mioglobinúria e pela hemoglobinúria; teste de gravidez em mulheres em idade fértil; e exames toxicológicos quando disponíveis.

A monitorização dura mais do que o atendimento, porque é ela que detecta o efeito tardio. Mantêm-se monitorização cardíaca contínua, oximetria e aferição frequente da pressão arterial no usuário sintomático ou exposto a agente cardiotóxico; aferem-se Escala de Coma de Glasgow, pupilas, frequência respiratória e temperatura de forma seriada; controlam-se diurese e aspecto da urina nos acidentes ofídicos; e faz-se vigilância de reação precoce durante a administração de soro antiveneno. A alteração do eletrocardiograma, do nível de consciência ou da respiração, e qualquer reação ao soro,

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

são comunicadas imediatamente ao médico pelo enfermeiro assistencial, com horário da comunicação lançado no prontuário eletrônico.

Os critérios de gravidade deste protocolo abrangem tanto a manifestação já instalada quanto o risco anunciado pela dose. São graves o rebaixamento do nível de consciência, a convulsão ou a depressão respiratória; a hipotensão, a arritmia, o alargamento do QRS ou o prolongamento importante do QT corrigido; a acidose metabólica grave, a hipoglicemia refratária ou a hipertermia; a síndrome colinérgica grave com broncorreia ou insuficiência respiratória; o acidente ofídico com incoagulabilidade sanguínea, sangramento sistêmico, oligúria, insuficiência respiratória ou fácies miastênica; o acidente escorpiônico com manifestação sistêmica, entre elas vômitos profusos, sudorese, agitação, taquicardia, hipertensão ou hipotensão e edema pulmonar; e a ingestão de agente de alta letalidade ou de grande quantidade, mesmo no usuário assintomático.

A permanência em observação tem duração definida pelo agente, e não pela melhora aparente. O usuário assintomático ou com sintoma leve permanece em observação pelo tempo necessário para excluir o efeito tardio do agente, definido pelo médico com a orientação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica, lembrando que agentes de liberação prolongada e alguns agentes cardiotóxicos exigem observação prolongada. Nos acidentes por animais peçonhentos, o período de observação segue o animal e a gravidade, conforme o Guia de Vigilância em Saúde. A permanência observa o limite de 24 horas da área de observação das duas unidades, e a necessidade de vigilância superior a esse limite é critério de transferência (PALMAS, 2026).

A transferência é decidida pelo recurso que falta, e preparada com o usuário já estabilizado. Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando apresentar via aérea segura, oxigenação e hemodinâmica adequadas, convulsões controladas, glicemia corrigida, antídoto ou soro iniciado quando indicado e disponível, e monitorização contínua. São transferidos pelo Complexo Regulador Estadual os usuários com critério de gravidade, com necessidade de antídoto ou de soro que não integre o elenco das unidades, com necessidade de observação superior à capacidade da área de observação, com ingestão intencional que exija avaliação psiquiátrica em ambiente protegido, e com acidente por animal peçonhento com indicação de soroterapia.

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

O nível de cuidado solicitado e o meio de transporte acompanham a gravidade. Solicita-se terapia intensiva nas intoxicações graves, na necessidade de suporte ventilatório, na instabilidade hemodinâmica, na arritmia e na necessidade de terapia específica como hemodiálise ou infusão prolongada de antídoto. O transporte do usuário grave é realizado em suporte avançado, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico. A admissão em observação na própria unidade é reservada ao usuário que cumpre os critérios de permanência, e o enfermeiro assistencial registra o horário da decisão médica e o horário da solicitação à regulação, marcos do indicador contratual de tempo entre a decisão de transferência e o registro no Complexo Regulador Estadual (PALMAS, 2026).

A alta tem condições cumulativas e, na exposição intencional, uma condição adicional que não se dispensa. A alta é considerada, a critério médico e, quando necessário, após novo contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica, quando o período de observação próprio do agente tiver sido cumprido, o usuário estiver assintomático, os exames não apresentarem alteração relevante, houver acompanhante responsável e for entregue orientação por escrito sobre sinais de alarme, retorno imediato e guarda segura de medicamentos e produtos químicos no domicílio. Nas exposições intencionais, a alta somente ocorre após a avaliação do risco de suicídio, conforme a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (BRASIL, 2019), e a definição do seguimento na rede de atenção psicossocial, com contrarreferência à Atenção Primária e registro do encaminhamento (ASM, 2026).

O registro deste protocolo é mais extenso do que o dos demais porque dele dependem a notificação e a rastreabilidade do apoio externo. Registram-se no prontuário eletrônico o agente, a quantidade, a via, o horário e a intencionalidade da exposição; a síndrome tóxica identificada, os sinais vitais e os eletrocardiogramas seriados; o contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica, com o número do atendimento e as orientações recebidas; a descontaminação realizada; os antídotos e os soros administrados, com dose, horário, lote e reações; a notificação realizada; a avaliação de risco e os encaminhamentos nas exposições intencionais; e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024).

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

Duas obrigações fecham o percurso, a notificação e o controle do risco assistencial. A intoxicação exógena e o acidente por animal peçonhento são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e a violência autoprovocada é de notificação imediata ao serviço municipal de vigilância, conforme a lista nacional vigente (BRASIL, 2017e). Os antídotos e os soros são medicamentos de alta vigilância, com prescrição completa, conferência de dose e dupla checagem registrada (ANVISA, 2013). Previne-se a broncoaspiração no usuário com rebaixamento do nível de consciência, mantém-se a vigilância contínua do usuário com risco de autoagressão, com remoção de objetos de risco, e os incidentes são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

Os antídotos relacionados têm referência de uso escrita, conferida com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica, com a bula e com a padronização da unidade antes da administração. A naloxona é titulada em doses baixas por via intravenosa, da ordem de 0,04 a 0,4 miligrama, repetidas até a recuperação da ventilação, para evitar abstinência aguda, com doses maiores na parada cardiorrespiratória ou na depressão grave e infusão contínua quando o efeito for recorrente. A N-acetilcisteína segue o regime intravenoso clássico de 21 horas, com 150 miligramas por quilograma em 1 hora, 50 miligramas por quilograma em 4 horas e 100 miligramas por quilograma em 16 horas, conforme o nomograma e o nível sérico.

Os demais antídotos seguem a mesma lógica de dose nominada e de decisão compartilhada com o centro de informação. Nas intoxicações por organofosforados e carbamatos, a atropina é administrada por via intravenosa em doses crescentes, da ordem de 1 a 2 miligramas dobradas a cada 5 minutos, até a secagem das secreções brônquicas e frequência cardíaca superior a 80 batimentos por minuto, associada à pralidoxima conforme a disponibilidade e a orientação recebida. Nos antidepressivos tricíclicos e nos bloqueadores de canais de sódio, o bicarbonato de sódio é usado de 1 a 2 miliequivalentes por quilograma por via intravenosa em bólus diante de QRS superior a 100 milissegundos ou de arritmia ventricular, repetido conforme o eletrocardiograma e o pH. O flumazenil não é usado de rotina, pelo risco de convulsão, e fica restrito a situações selecionadas por decisão médica registrada.

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

Quadro 168 - Indicadores do protocolo de intoxicação exógena e envenenamento

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Registro do agente, da quantidade, da via, do horário e da intencionalidade da exposição em prontuário	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários com glicemia capilar e eletrocardiograma realizados na avaliação inicial	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Tempo entre a abertura do protocolo e o contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica nas intoxicações graves e nos acidentes por animais peçonhentos	Até 30 minutos em 90 por cento dos casos	Responsável Técnico Médico	Mensal
Casos com indução de vômito ou lavagem gástrica de rotina	Zero	Responsável Técnico Médico	Mensal
Intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação	95 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Mensal
Casos de violência autoprovocada com notificação imediata ao serviço municipal de vigilância	95 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Mensal
Exposições intencionais com avaliação de risco de suicídio e encaminhamento registrados antes da alta	95 por cento	Assistente social	Mensal
Tempo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual	Até 60 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Antídotos da lista padronizada disponíveis e dentro da validade na conferência mensal	95 por cento	Farmacêutico	Mensal
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por unidade, com conferência item a item dos elementos de registro obrigatório, do contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica e da notificação. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte, acompanhado do plano de

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

ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. A série histórica das notificações é analisada com a vigilância em saúde do Município, porque a intoxicação exógena e o acidente por animal peçonhento compõem o volume de notificações compulsórias das duas unidades e orientam ações locais de prevenção.

As referências técnicas do protocolo são o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, edição vigente, no capítulo de acidentes por animais peçonhentos (BRASIL, 2022), o documento de posicionamento sobre carvão ativado em dose única da American Academy of Clinical Toxicology e da European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (CHYKA et al., 2005), a atualização do documento de posicionamento sobre lavagem gástrica (BENSON et al., 2013), a revisão sobre manejo da intoxicação aguda por organofosforados (EDDLESTON et al., 2008). Essas quatro referências sustentam as decisões de descontaminação e de uso de antídoto, que são as de maior variação entre serviços e as que mais exigem parâmetro escrito.

A essas se somam as normas federais e profissionais que disciplinam o atendimento e a notificação: o Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d), o Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, com a Lista Nacional de Notificação Compulsória e atualizações (BRASIL, 2017e), a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024). O efeito de operar assim é duplo: o usuário intoxicado recebe suporte e vigilância proporcionais ao agente, e o Município passa a ter, nas duas unidades, uma fonte confiável de notificação sobre agravos que a vigilância precisa enxergar.

V.1.9.16 Manejo da hemorragia digestiva

O usuário que vomita sangue assusta a recepção e engana a equipe. A hemoglobina da primeira hora não mostra a perda que já ocorreu, e o número que decide a conduta não é o da hemoglobina, é o da pressão arterial e da frequência cardíaca. As UPAs 24 horas Norte e Sul não realizam endoscopia, colonoscopia, radiologia intervencionista nem cirurgia, e não dispõem de agência transfusional nem de

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

hemocomponentes, de modo que o papel das duas unidades é ao mesmo tempo inteiro e delimitado: reconhecer o sangramento, ressuscitar com cristaloide, iniciar a terapia farmacológica correspondente à suspeita, suspender e reverter o que precisa ser revertido e entregar o usuário ao serviço que trata, no menor tempo possível e com a informação completa.

Esses recursos ausentes são exatamente o que motiva a transferência regulada pelo Complexo Regulador Estadual. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido na íntegra com as adaptações exigidas pela realidade das duas unidades. O Protocolo de Hemorragia Digestiva integra o **Anexo XXXIII**. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão. O reconhecimento dessa delimitação é o que impede que a unidade retenha o usuário à espera de um recurso que ela não tem.

Quadro 169 - Folha de identificação do Protocolo de Hemorragia Digestiva

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo do Paciente com Hemorragia Digestiva
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de estabilização, área de observação, farmácia, laboratório, radiologia e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico responsável técnico na padronização das diluições e dos agentes de reversão
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXXIII, Protocolo de Hemorragia Digestiva**
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico Responsável Técnico: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza o reconhecimento, a avaliação hemodinâmica, a ressuscitação volêmica, a estratificação de risco, a terapia farmacológica inicial conforme

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

a suspeita de sangramento varicoso ou não varicoso, o manejo dos antitrombóticos e a transferência regulada do usuário adulto com hemorragia digestiva alta ou baixa, considerando que o tratamento definitivo é executado no ponto de referência definido pelo Complexo Regulador Estadual. Aplica-se às duas unidades, em todos os turnos, desde a classificação de risco até a alta ou a transferência, e alcança o usuário adulto com hematêmese, vômitos em borra de café, melena, hematoquezia ou enterorragia, e também o usuário com sinais de perda sanguínea sem sangramento visível, entre eles síncope, palidez, taquicardia e hipotensão sem causa aparente.

Três situações saem deste protocolo e seguem percurso próprio, pela idade do usuário e pela origem do sangramento. O usuário menor de 12 anos é conduzido pelo pediatra de plantão, com doses calculadas por peso, segundo o protocolo de urgências pediátricas desta proposta. O sangramento genital é conduzido pelo protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas, e o sangramento decorrente de trauma, pelo protocolo de manejo do trauma, ambos desta proposta. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional. Em todas elas o usuário continua sendo avaliado na unidade, e o que muda é o protocolo que orienta a conduta e o serviço para o qual a transferência é solicitada.

Quadro 170 - Competências por categoria profissional no manejo da hemorragia digestiva

Categoria	Competências
Médico clínico de urgência	Confirma a origem digestiva do sangramento, avalia a repercussão hemodinâmica, calcula o escore de Glasgow-Blatchford, define a suspeita entre sangramento varicoso e não varicoso, prescreve fluidos e a terapia farmacológica correspondente, decide a suspensão e a reversão dos antitrombóticos, indica o manejo avançado da via aérea, define o nível de cuidado necessário e aciona o Complexo Regulador Estadual
Médico pediatra	Assume o usuário menor de 12 anos, com dose por peso, e permanece responsável pela condução até a alta ou a transferência
Médico ultrassonografista	Executa, no plantão diurno de 6 horas, a ultrassonografia abdominal solicitada para pesquisa de sinais de hepatopatia crônica e de hipertensão portal, que apoiam a suspeita de sangramento varicoso
Enfermeiro assistencial	Classifica o risco, obtém dois acessos venosos periféricos calibrosos, instala a monitorização, coleta os exames, quantifica e registra as perdas, calcula e acompanha o índice de choque, administra a terapia prescrita, executa a dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância, previne a broncoaspiração, aplica o processo de enfermagem e comunica ao médico todo novo episódio de sangramento ou toda piora dos sinais vitais
Técnico de enfermagem	Afere sinais vitais em intervalos prescritos, realiza glicemia capilar, coleta amostras, administra medicamentos sob supervisão do enfermeiro, mantém a aspiração montada e testada ao lado do leito, controla a diurese, pesa e registra o volume e o aspecto dos vômitos e das evacuações e registra cada medida com horário

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

Categoria	Competências
Farmacêutico	Mantém disponíveis nas duas unidades o inibidor de bomba de prótons intravenoso, o fármaco vasoativo esplâncnico, o antimicrobiano de profilaxia e a vitamina K, mantém fluxo escrito de obtenção dos agentes de reversão que não integram o elenco, padroniza as diluições e as velocidades de infusão, confere o rótulo das soluções preparadas e orienta a equipe sobre os medicamentos de alta vigilância, em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Repõe o elenco mínimo da sala de estabilização e da sala de medicação, confere validade e lote e registra a dispensação
Técnico de radiologia	Executa a radiografia solicitada na investigação das complicações e das hipóteses associadas, no leito quando o usuário não puder ser deslocado
Cirurgião-dentista	Avalia o sangramento de origem oral ou gengival quando houver dúvida sobre a origem do sangramento e orienta os cuidados locais
Assistente social	Identifica a vulnerabilidade associada ao sangramento recorrente, entre elas uso abusivo de álcool, hepatopatia crônica sem seguimento, uso de anti-inflamatório sem prescrição e ausência de vínculo com a Atenção Primária, e articula o encaminhamento, em cobertura nas 24 horas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de hemorragia digestiva.

As definições separam dois sangramentos que se parecem na recepção e divergem no tratamento. Hemorragia digestiva alta é o sangramento com origem proximal ao ângulo de Treitz, manifestado por hematêmese, vômitos em borra de café ou melena, podendo causar hematoquezia quando volumoso. Hemorragia digestiva baixa é o sangramento com origem distal ao ângulo de Treitz, habitualmente manifestado por hematoquezia ou enterorragia. Hemorragia digestiva alta não varicosa é a de origem não relacionada a varizes, sendo a úlcera péptica a causa mais frequente. Hemorragia digestiva alta varicosa é a decorrente de varizes esofágicas ou gástricas em usuário com hipertensão portal, geralmente associada à cirrose, e tem letalidade maior e conduta farmacológica própria, o que faz da suspeita de varizes um dos primeiros dados a obter.

Três instrumentos de medida completam as definições e substituem a impressão clínica. Instabilidade hemodinâmica é a taquicardia, a hipotensão, a hipoperfusão, a síncope ou a alteração do nível de consciência atribuíveis à perda sanguínea. Índice de choque é a razão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica, e o seu aumento progressivo antecede a queda da pressão, razão pela qual é recalculado a cada aferição. Escore de Glasgow-Blatchford é o escore de estratificação de risco que utiliza ureia, hemoglobina, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, melena, síncope, doença hepática e insuficiência cardíaca, e separa o usuário de muito baixo risco daquele que precisa de tratamento endoscópico, decisão que nas duas unidades se traduz em permanecer ou ser transferido.

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

A abertura do protocolo é do enfermeiro classificador, sem necessidade de autorização prévia, e inclui o usuário que ainda não sangrou diante da equipe. Abre-se o protocolo diante de hematêmese, vômito em borra de café, melena, hematoquezia ou enterorragia relatados ou presenciados, e também diante de fraqueza, tontura, síncope, palidez, taquicardia, hipotensão ou alteração do nível de consciência compatíveis com perda sanguínea, mesmo sem sangramento visível na chegada. Confirma-se pela história e pelo exame que o sangramento é de origem digestiva, diferenciando-o de epistaxe deglutida, de sangramento de origem oral, de hemoptise e de sangramento genital, sem que essa diferenciação retarde a ressuscitação. A ausência de sangramento ativo no momento do atendimento não encerra o protocolo, porque o sangramento varicoso e o ulceroso recidivam em horas.

A história é colhida pelo médico plantonista clínico desde a primeira abordagem, porque dela dependem três decisões terapêuticas. Pesquisam-se doença hepática, cirrose, uso abusivo de álcool, varizes conhecidas ou sangramento varicoso prévio; uso de anti-inflamatórios não esteroidais, ácido acetilsalicílico, antiagregantes, varfarina e anticoagulantes orais diretos, com o horário da última dose; úlcera péptica prévia e vômitos intensos precedendo o sangramento; e, na hemorragia baixa, idade, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, neoplasia e procedimento endoscópico recente. Vão imediatamente à sala de estabilização, sem aguardar na recepção, os usuários com hematêmese volumosa, com sangramento ativo, com instabilidade hemodinâmica, com índice de choque elevado, com síncope, com alteração do nível de consciência e com suspeita de sangramento varicoso. A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, e a prioridade é definida pela repercussão hemodinâmica e pelo volume do sangramento, não pelo aspecto referido pelo acompanhante (ASM, 2026b).

A avaliação inicial mede a repercussão da perda e corre em paralelo ao tratamento. Aferem-se sinais vitais completos com temperatura, saturação, glicemia capilar e cálculo do índice de choque, e faz-se a avaliação por via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição. Pesquisam-se sinais de doença hepática crônica, entre eles icterícia, ascite, circulação colateral e encefalopatia; estima-se o volume perdido, com quantificação e registro de todas as perdas ocorridas na unidade; e realiza-se toque retal pelo médico, quando indicado, para caracterização do sangramento. A sondagem

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

nasogástrica não é realizada de rotina com finalidade diagnóstica, prognóstica ou de lavagem gástrica, abstenção verificada na auditoria mensal de prontuários.

A via aérea recebe atenção específica neste protocolo, porque é nela que mora o dano evitável. A hematêmese volumosa e o rebaixamento do nível de consciência impõem risco alto de broncoaspiração: o aspirador permanece montado e testado ao lado do leito, o usuário é posicionado em decúbito lateral quando a condição permitir e o manejo avançado da via aérea é indicado pelo médico conforme o protocolo próprio desta proposta. O técnico de enfermagem confere o funcionamento do aspirador na passagem de plantão e registra a conferência, e o enfermeiro assistencial responde pela manutenção dos dois acessos venosos e pelo lançamento dos horários no prontuário eletrônico. O quadro seguinte organiza a conduta escalonada por tempo na hemorragia digestiva.

Quadro 171 - Conduta escalonada por tempo na hemorragia digestiva

Tempo-alvo	Conduta
Até 5 minutos da chegada	Sinais vitais completos, cálculo do índice de choque, glicemia capilar, monitorização cardíaca e oximetria, dois acessos venosos periféricos calibrosos e posicionamento com prevenção de broncoaspiração, com aspiração montada e testada ao lado do leito
Até 10 minutos, ressuscitação	Cristaloide isotônico intravenoso no usuário com instabilidade hemodinâmica, em volume titulado pela resposta e evitando infusão excessiva. Na suspeita de sangramento varicoso, a reposição é cautelosa, porque o excesso de volume eleva a pressão portal e agrava o sangramento
Até 20 minutos, coleta	Hemograma com plaquetas, tipagem sanguínea, coagulograma com razão normalizada internacional e tempo de tromboplastina parcial ativada, ureia, creatinina, eletrólitos, função hepática e lactato quando disponível, com registro de que a hemoglobina da primeira coleta pode não refletir a perda aguda. O resultado da tipagem é informado ao ponto de referência junto com a solicitação de transferência
Até 30 minutos, suspeita não varicosa	Inibidor de bomba de prótons intravenoso em dose alta, iniciado sem aguardar exame confirmatório e sem retardar o acionamento da regulação
Até 30 minutos, suspeita varicosa	Fármaco vasoativo esplâncnico, terlipressina ou octreotida, iniciado o mais precocemente possível, associado a antimicrobiano profilático em todo usuário com cirrose e hemorragia digestiva. Avalia-se também a prevenção e o tratamento da encefalopatia hepática
Até 30 minutos, antitrombóticos	Suspensão do anticoagulante. Na hemorragia grave com instabilidade, reversão conforme o agente, com vitamina K e concentrado de complexo protrombínico na varfarina e com agente específico ou concentrado de complexo protrombínico nos anticoagulantes orais diretos, conforme a disponibilidade e o fluxo escrito de obtenção. O ácido acetilsalicílico em prevenção secundária cardiovascular não é suspenso de forma definitiva pela unidade, e a dupla antiagregação após implante recente de stent coronariano não é suspensa sem avaliação do serviço de destino
Até 40 minutos, estratificação	Cálculo e registro do escore de Glasgow-Blatchford, que orienta a decisão entre permanência em observação para confirmação de estabilidade e transferência para tratamento endoscópico

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