

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI — SP

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

AVC ISQUÊMICO AGUDO (AVCi)

Sala Vermelha, Pronto Atendimento, Ambulância e Regulação

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI — SP
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO MUNICIPAL DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

AVC ISQUÊMICO AGUDO

AVCi

VERSÃO 1.0 • 2026



TEMPO É CÉREBRO

Código: PMUE-NEURO-001 • Versão 1.0 • 2026

SUMÁRIO

1. Apresentação e finalidade do protocolo
2. Ativação do Protocolo AVC
3. Primeiros 10 minutos: triagem e ABCDE
4. Exames e neuroimagem
5. Pressão arterial, glicemia e temperatura
6. Reperusão: trombólise endovenosa
7. Trombectomia mecânica e oclusão de grande vaso
8. Cuidados após a fase inicial
9. Deterioração neurológica e complicações
10. CROSS, vaga zero e transporte
11. Checklists operacionais
12. Fluxograma municipal
13. Caso clínico ilustrativo
14. Indicadores de qualidade
15. Treinamento e implementação
16. Anexo A — Critérios de documentação mínima
17. Anexo B — Orientações à família
18. Referências técnico-científicas e normativas

APRESENTAÇÃO E GOVERNANÇA

Este protocolo padroniza a resposta municipal ao adulto com suspeita de AVC isquêmico agudo, desde a identificação na recepção ou no atendimento pré-hospitalar até a estabilização, investigação inicial, regulação e transferência. É aplicável ao Pronto-Socorro Municipal, à Sala Vermelha, às unidades de transporte e à rede de atenção básica na identificação precoce.

PRINCÍPIO INSTITUCIONAL: todo déficit neurológico focal de início súbito deve ser considerado AVC até exclusão diagnóstica. Tempo é cérebro.

Objetivos

- Reduzir atrasos evitáveis na triagem, neuroimagem, regulação e transporte.
- Reconhecer elegibilidade para terapia de reperfusão em unidade de referência.
- Padronizar medidas de suporte, comunicação e registro da “última vez visto bem”.
- Garantir transferência segura e precoce, inclusive por vaga zero quando houver risco de dano grave por demora.

Escopo e limites

Este é um protocolo assistencial municipal e não substitui julgamento clínico, teleneurologia, avaliação do neurologista/serviço de referência nem os requisitos locais para administração de fibrinolíticos. A terapia de reperfusão deve obedecer ao PCDT vigente, à disponibilidade institucional, à prescrição médica e aos critérios documentados.

Responsáveis

Função	Responsabilidade essencial
Recepção/triagem	Prioridade máxima, identificação dos sinais, hora de início/última vez bem e acionamento do Protocolo AVC.
Médico	Avaliação ABCDE, exame neurológico, diferenciais, indicação de exames, tratamento, comunicação clínica e regulação.
Enfermagem	Monitorização, glicemia, acesso, coleta, ECG, registros de tempos, segurança da administração e preparo do transporte.
Motorista/APH	Transporte prioritário, segurança da ambulância e comunicação com a equipe conforme regulação.

Metas locais de processo

Marco	Meta operacional
Triagem → acionamento	imediatamente
Chegada → glicemia capilar	≤ 10 min
Chegada → TC de crânio sem contraste	≤ 25 min, quando disponível
Chegada → avaliação da imagem	≤ 45 min
Reconhecimento de candidato → CROSS	imediatamente, sem aguardar todos os exames
Saída para referência	o mais cedo possível após definição de transporte

1. DEFINIÇÃO, IMPACTO E FISIOPATOLOGIA

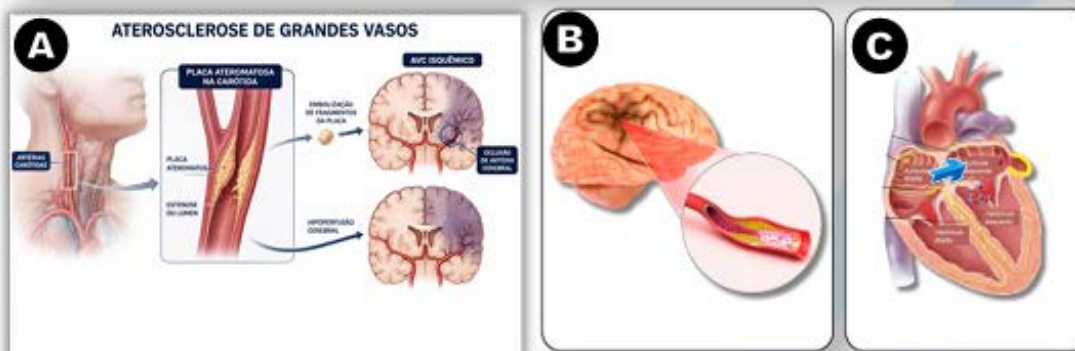
O AVC isquêmico é a disfunção neurológica súbita causada por oclusão arterial e redução do fluxo sanguíneo cerebral. A área central de necrose irreversível é o core isquêmico; a região ao redor, hipoperfundida, mas ainda viável, denomina-se penumbra. A reperfusão precoce tem como objetivo salvar a penumbra e reduzir incapacidade.

ETIOLOGIA (AVCi)

A. ATEROSCLEROSE DE GRANDES VASOS

B. DOENÇA DE PEQUENOS VASOS

C. CAUSAS CARDIOEMBÓLICAS (FIBRILAÇÃO ATRIAL)



TEMPO É CÉREBRO

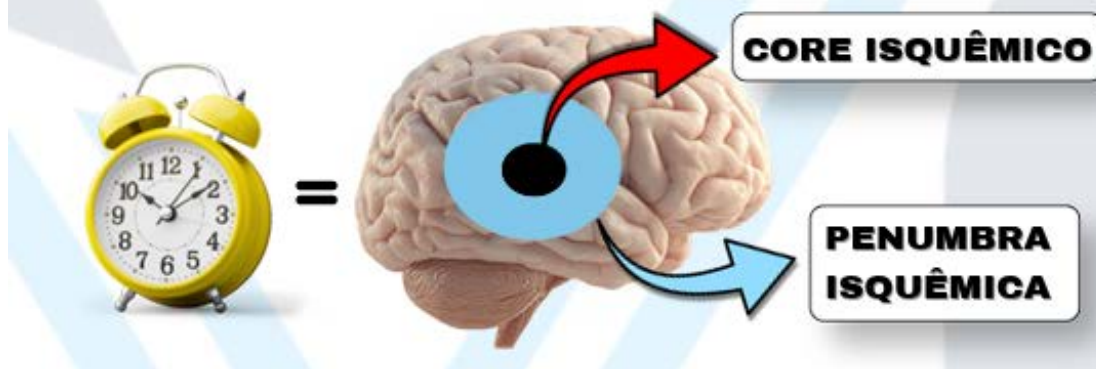


Figura — Etiologia, core e penumbra isquêmica.

Etiologias e fatores de risco

As causas mais frequentes são aterosclerose de grandes vasos, doença de pequenos vasos e cardioembolismo. Fibrilação atrial, doença valvar e fontes cardíacas de êmbolos merecem investigação. Hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e doença renal crônica aumentam o risco vascular.

DEFINIÇÃO

INTERRUPÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO PARA UMA ÁREA DO ENCÉFALO

- Oclusão arterial — **AVC ISQUÊMICO: 80%**
- Hemorragia intracraniana — **AVC HEMORRÁGICO: 20%**

CAUSAS E FATORES DE RISCO



• Hipertensão arterial (HAS)



• Tabagismo



• Diabetes mellitus (DM)



• Hipercolesterolemia



• Idade avançada



• Fibrilação atrial



• Aterosclerose



• Coagulopatias

Figura — Definição, mecanismos e fatores de risco do AVCi.

Mensagem prática

TEMPO É CÉREBRO: não aguarde melhora espontânea, não aguarde exames laboratoriais para acionar o fluxo e não retarde a transferência de candidato a reperfusão.

2. ATIVAÇÃO DO PROTOCOLO AVC

Ative o protocolo diante de sintomas neurológicos focais de início súbito ou ao despertar com déficit. Pergunte sempre: “Qual foi a última vez que o paciente foi visto bem, sem sintomas?” Esta informação define a janela de tratamento e deve constar em todos os registros e na comunicação à CROSS.

- Assimetria facial, fraqueza ou dormência em face, braço ou perna, sobretudo unilateral.
- Afasia, disartria, confusão aguda ou dificuldade de compreensão.
- Perda visual súbita, diplopia, amaurose fugaz ou hemianopsia.
- Ataxia importante, queda inexplicada, vertigem persistente com sinais neurológicos ou incapacidade súbita de marcha.
- Crise convulsiva seguida de déficit focal persistente; rebaixamento do nível de consciência sem causa definida.

CHEGADA DO PACIENTE

QUANDO PENSAR EM AVC?

ESCALA DE CINCINNATI



FACE:
assimetria facial



BRAÇO:
queda de
um braço



FALA:
alteração da fala

F.A.S.T.

F



Face
Drooping

A



Arm
Weakness

S



Speech
Difficulty

T



Time to call
emergency

EM CASO DE SUSPEITA, LIGUE 192

R Á P I D O

R



Rosto
caído

Á



Alteração
do equilíbrio

P



Perda de força
em um braço

I



Impedimento
visual

D



Dificuldade
para falar

O



Obtenha
ajuda rápido

SINAIS/SINTOMAS NEUROLÓGICOS SÚBITOS



• Alteração súbita do nível de consciência



• Fraqueza ou paralisia súbita



• Alteração da fala ou compreensão



• Alteração súbita da marcha ou equilíbrio



• Alteração visual súbita



• Vertigem intensa, especialmente com déficit focal



• Cefaleia súbita e intensa



• Crise convulsiva seguida de déficit focal persistente

Figura — Sinais de alerta e reconhecimento rápido do AVC.

Diagnósticos diferenciais prioritários

- Hipoglicemia/hiperglicemia grave; crise epiléptica e paralisia de Todd; enxaqueca com aura; intoxicação; sepse; distúrbios eletrolíticos; paralisia facial periférica; lesão expansiva e trauma.
- A existência de um diferencial não justifica atrasar a neuroimagem ou a regulação quando a suspeita de AVC permanece.

3. PRIMEIROS 10 MINUTOS: TRIAGEM E ABCDE

Fluxo imediato

Ação	Execução
1. Priorizar	Classificar como emergência, conduzir à área monitorizada e chamar médico/enfermagem.
2. Definir tempo	Registrar hora de início, última vez bem, despertar com déficit ou tempo desconhecido.
3. Excluir mimetizador crítico	Glicemia capilar imediata; tratar hipoglicemia sem retardar o fluxo.
4. Estabilizar	ABCDE, monitor cardíaco, SpO ₂ , PA, temperatura, dois acessos venosos se possível.
5. Preparar investigação	ECG, coleta dirigida, TC de crânio sem contraste e regulação precoce.



Figura — Atendimento inicial: monitorização, acesso e glicemia.

A — Via aérea e B — Respiração

Manter via aérea pérvia e cabeça elevada a 30° quando não houver contraindicação. Administrar oxigênio se hipoxemia; evitar oxigênio suplementar rotineiro em paciente normoxêmico. Considerar suporte avançado de via aérea em rebaixamento importante com incapacidade de proteção, hipoventilação, insuficiência respiratória ou deterioração neurológica, sem atrasar a regulação.

C — Circulação e D — Avaliação neurológica

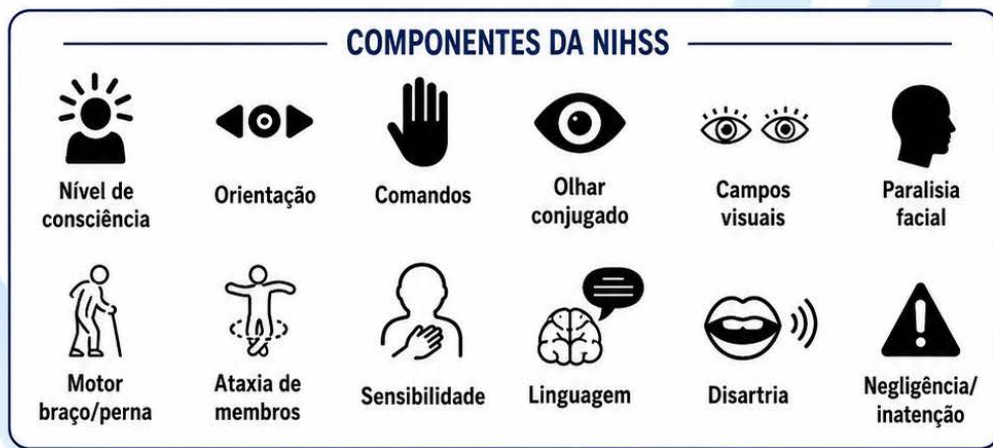
Monitorar PA, frequência e ritmo cardíaco. Fazer ECG de 12 derivações, sem atrasar TC ou reperfusão. Realizar exame focal dirigido e NIHSS quando a equipe for treinada; a ausência de NIHSS não deve impedir transferência. Utilizar escala pré-hospitalar como RACE apenas como apoio à suspeita de oclusão de grande vaso, não como critério de exclusão.

Figura — Avaliação inicial com NIHSS.

CHEGADA DO PACIENTE

COR	RECOMENDAÇÃO
1	Em pacientes com suspeita de AVC isquêmico, recomenda-se o uso de uma escala de gravidade, preferencialmente a NIHSS, para medir os déficits clínicos na avaliação inicial e após terapias de reperfusão.

Em pacientes com suspeita de AVCi, recomenda-se o uso de uma escala de gravidade do AVC, preferencialmente a NIHSS, para medir os déficits clínicos na avaliação inicial (baseline) e após as terapias de reperfusão.



PONTUAÇÃO	GRAVIDADE DO AVC
0	Sem sintomas de AVC
1-4	AVC leve
5-15	AVC moderado
16-20	AVC moderado a grave
21-42	AVC grave

E — Exposição e dados críticos

- **Peso estimado/medido**, alergias, medicamentos (principalmente anticoagulantes/antiagregantes), comorbidades, cirurgia/trauma recente e estado funcional prévio.
- Verificar temperatura e tratar febre; obter contato de familiar/responsável; não oferecer dieta, água ou medicamentos por via oral antes de triagem de deglutição.

4. EXAMES E NEUROIMAGEM

A TC de crânio sem contraste é o exame inicial para excluir hemorragia e identificar sinais precoces de isquemia. A imagem deve ser feita com prioridade máxima. Em cenários elegíveis à reperfusão, a coleta de exames não deve atrasar a TC ou o contato com o centro de referência.

CHEGADA DO PACIENTE

**TC DE CRÂNIO
SEM CONTRASTE**



EM ATÉ 25 MIN

**OBJETIVO IMEDIATO
DESCARTAR HEMORRAGIA**

ASPECTS — Alberta Stroke Program Early CT Score

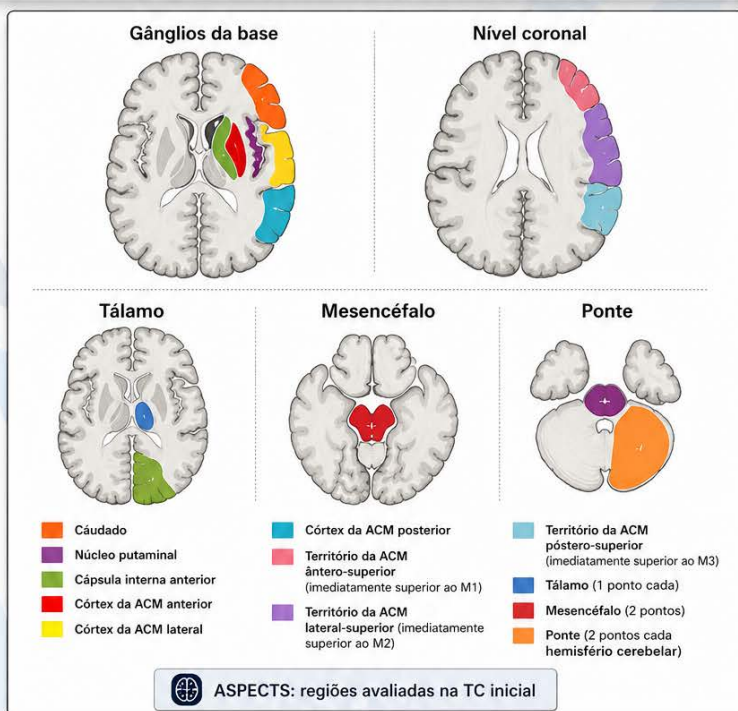


Figura — TC de crânio sem contraste e exclusão de hemorragia.

Exames iniciais

Exame	Finalidade / observação
Glicemia capilar	Obrigatória imediatamente; corrigir hipoglicemia.
TC de crânio sem contraste	Urgente; excluir hemorragia.
Hemograma, plaquetas, TP/INR, TTPa, creatinina, eletrólitos	Coletar conforme disponibilidade; não atrasar tratamento, exceto se houver suspeita de alteração relevante de coagulação/anticoagulante.
ECG de 12 derivações	Identificar arritmias e causas cardíacas; não atrasa TC.
Angio-TC / perfusão / RM	Conforme orientação do centro de referência, especialmente suspeita de oclusão de grande vaso e janelas estendidas.

Escala ASPECTS e imagem avançada

A interpretação especializada do ASPECTS e dos estudos vasculares/perfusionais é responsabilidade preferencialmente do serviço de AVC. No município, a prioridade é não atrasar a transferência e enviar imagens, laudos e horários disponíveis ao centro regulador/receptor.

5. PRESSÃO ARTERIAL, GLICEMIA E TEMPERATURA


C • CIRCULAÇÃO


PRESSÃO ARTERIAL


PACIENTE NÃO SUBMETIDO À TROMBÓLISE

- **PA < 220/120 mmHg**
 - Não reduzir rotineiramente nas primeiras 48–72 h
- **PA ≥ 220/120 mmHg**
 - Reduzir cerca de 15% da PA nas primeiras 24 horas, evitando quedas abruptas.
 - Opções: labetalol ou nitroprussiato de sódio, conforme avaliação clínica.


PACIENTE SUBMETIDO À TROMBÓLISE

- **ANTES DA TROMBÓLISE**
 - **PA < 185/110 mmHg**
- **APÓS A TROMBÓLISE**
 - **PA < 180/105 mmHg**


CONDUTA INDIVIDUALIZADA

- **EVITE QUEDAS ABRUPTAS DA PA**

Figura — Metas de pressão arterial na suspeita de AVCi.

Situação	Meta / conduta
Candidato a trombólise IV	Reduzir PA para $\leq 185/110$ mmHg antes do fibrinolítico e manter $< 180/105$ mmHg nas primeiras 24 h.
Sem reperfusão planejada	Não reduzir rotineiramente; considerar tratamento se PA $\geq 220/120$ mmHg ou outra emergência hipertensiva. Redução cautelosa, em torno de 15% nas primeiras 24 h.
Hipoglicemia	Tratar imediatamente; reavaliar déficit após correção.
Hiperglicemia	Evitar hiperglicemia persistente; alvo usual de 140–180 mg/dL em paciente grave/hospitalizado.
Febre	Investigar e tratar; manter normotermia.
SEGURANÇA: não utilizar nifedipino sublingual nem reduções abruptas de PA. A escolha e titulação do anti-hipertensivo IV seguem prescrição médica e disponibilidade local.	

6. REPERFUSÃO: TROMBÓLISE ENDOVENOSA

A trombólise endovenosa deve ser considerada em paciente com AVCi incapacitante, em janela apropriada, após exclusão de hemorragia e avaliação dos critérios pelo médico do serviço habilitado. O PCDT vigente é a referência nacional. Se não houver capacidade local de administração segura, a CROSS deve ser acionada de imediato para encaminhamento ao centro de referência.

CHEGADA DO PACIENTE

TROMBÓLISE

CONTRAINDICAÇÕES

Condições Consideradas Contraindicações Absolutas	
TC com hipodensidade extensa	A trombólise IV não deve ser administrada a pacientes cujos exames de imagem cerebral exibam regiões de hipodensidade clara que pareçam ser responsáveis pelos sintomas clínicos do acidente vascular cerebral (AVC). Hipodensidade clara ocorre quando o grau hipodensidade é maior do que a densidade da substância branca contralateral não afetada.
TC com hemorragia	A trombólise IV não deve ser administrada a pacientes cujo exame de imagem cerebral (TC) revele uma hemorragia intracraniana aguda.
Traumatismo cranioencefálico (TCE) moderado a grave < 14 dias	A trombólise IV é provavelmente contraindicada em pacientes com AVC isquêmico agudo (AIA) com traumatismo cranioencefálico moderado a grave recente (dentro de 14 dias) que tenha resultado em > 30 minutos de inconsciência e Escala de Coma de Glasgow < 13 OU evidência de hemorragia, contusão ou fratura de crânio em neuroimagem.
Neurocirurgia < 14 dias	Para pacientes com AIA e histórico de cirurgia intracraniana ou espinhal dentro de 14 dias, a trombólise IV é potencialmente prejudicial e não deve ser administrada.
Lesão medular aguda dentro de 3 meses	A trombólise IV é provavelmente contraindicada em pacientes com AIA e histórico de lesão medular dentro de 3 meses.
Neoplasia intra-axial	Para pacientes com AIA que apresentam uma neoplasia intracraniana intra-axial, o tratamento com trombólise IV é potencialmente prejudicial e não deve ser administrada.
Endocardite infecciosa	Para pacientes com AIA e sintomas consistentes com endocardite infecciosa, o tratamento com trombólise IV não deve ser administrada.
Coagulopatia grave ou trombocitopenia	A segurança e a eficácia da trombólise IV para AIA em pacientes com plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$, RNI $> 1,7$, TTPa $> 40\text{s}$ ou TP $> 15\text{s}$ são desconhecidas, embora possam aumentar substancialmente o risco de danos, e não deve ser administrada. Em pacientes sem uso recente de varfarina ou heparina, o tratamento com trombólise IV pode ser iniciado antes da disponibilidade dos resultados dos testes de coagulação, mas deve ser descontinuado se o RNI $> 1,7$, TP ou TTPa forem anormais de acordo com os padrões laboratoriais locais.
Dissecção do arco aórtico	Para pacientes com AIA e dissecção do arco aórtico conhecida ou suspeita, o tratamento com trombólise IV é potencialmente prejudicial e não deve ser administrada.
Anormalidades de imagem relacionadas ao amiloide (ARIA)	O risco de hemorragia intracerebral (HIC) relacionada à trombólise em pacientes sob imunoterapia amiloide ou com ARIA é desconhecido, e a trombólise IV deve ser evitada nesses pacientes.

AIS (AIA): Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. aPTT (TTPa): Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada. CNS (SNC): Sistema Nervoso Central. CT (TC): Tomografia Computadorizada. DOAC: Anticoagulante Oral Direto. GI: Gastrointestinal. GU: Genitúrio. HTN: Hipertensão. ICH (HIC): Hemorragia Intracerebral. INR (RNI): Relação Normalizada Internacional. IRB: Comitê de Ética em Pesquisa Institucional. IV: Intravenoso. MI (IM): Infarto do Miocárdio. PT (TP): Tempo de Protrombina. Teal Claro: Indica cenários com preocupações relativamente baixas, mas não vinculados a recomendações acionáveis. Píssego: Indica cautela moderada, onde considerações adicionais podem ser necessárias. Vermelho Rosado: Indica risco relativo mais alto, exigindo exame cuidadoso, mas permanecendo sem suporte de evidências sólidas.

Figura — Critérios e contraindicações para trombólise.

Elegibilidade resumida para discussão com referência

- Déficit neurológico mensurável e potencialmente incapacitante, mesmo com NIHSS baixo.
- Tempo de início/última vez bem compatível com janela de trombólise ou seleção por imagem em protocolo do centro de referência.
- TC sem hemorragia; PA controlada conforme meta; ausência de contraindicação importante identificada.
- A decisão final é individual, documentada e pode requerer teleneurologia/neurologista.

Medicamentos — somente em serviço/protocolo habilitado

Agente	Esquema de referência
Alteplase	0,9 mg/kg (máx. 90 mg); 10% em bolus IV e 90% em infusão por 60 min.
Tenecteplase	0,25 mg/kg (máx. 25 mg) em bolus IV único, conforme disponibilidade e protocolo do serviço de AVC.

Contraindicações e cautelas

Não memorizar uma lista isolada: utilizar checklist atualizado do PCDT/serviço receptor. Atenção especial para hemorragia em TC, sangramento ativo, plaquetopenia importante, coagulopatia/anticoagulante com atividade relevante, cirurgia ou trauma recente de alto risco, suspeita de hemorragia subaracnóidea e PA não controlável. Se houver dúvida, discutir imediatamente com o centro de AVC sem atrasar a remoção.

APÓS FIBRINOLÍTICO: monitorização neurológica e hemodinâmica rigorosa; não iniciar antiagregante/anticoagulante nas primeiras 24 h sem reimagem e orientação do serviço responsável.

7. TROMBECTOMIA MECÂNICA E OCLUSÃO DE GRANDE VASO

A trombectomia mecânica é tratamento de reperfusão para pacientes selecionados com oclusão de grande vaso. Deve ser buscada o mais cedo possível e pode ser indicada em janela ampliada, conforme imagem e avaliação do centro especializado. A possibilidade de trombectomia não deve atrasar a trombólise IV quando esta for indicada.

7. TROMBECTOMIA MECÂNICA E OCLUSÃO DE GRANDE VASO

A trombectomia mecânica é tratamento de reperfusão para pacientes selecionados com oclusão de grande vaso. Deve ser buscada o mais cedo possível e pode ser indicada em janela ampliada, conforme imagem e avaliação do centro especializado. A possibilidade de trombectomia não deve atrasar a trombólise IV quando esta for indicada.

7. TROMBECTOMIA MECÂNICA E OCLUSÃO DE GRANDE VASO

A trombectomia mecânica é tratamento de reperfusão para pacientes selecionados com oclusão de grande vaso. Deve ser buscada o mais cedo possível e pode ser indicada em janela ampliada, conforme imagem e avaliação do centro especializado. A possibilidade de trombectomia não deve atrasar a trombólise IV quando esta for indicada.

CHEGADA DO PACIENTE

SUSPEITA DE OCLUSÃO DE GRANDE VASO (OGV)

ESCALA RACE — Rapid Arterial occlusion Evaluation



Aplicar em suspeita de AVC; avaliar sinais corticais e déficit motor.

AVALIAÇÃO	PONTOS	DESCRIÇÃO
 PARALISIA FACIAL	0	Ausente: face simétrica
	1	Leve: assimetria discreta
	2	Moderada/grave: assimetria evidente
 FORÇA MOTORA — BRAÇO	0	Normal: mantém ambos os braços elevados
	1	Moderada: não mantém um braço elevado por 10 s
	2	Grave: não vence a gravidade
 FORÇA MOTORA — PERNA	0	Normal: mantém ambas as pernas elevadas
	1	Moderada: não mantém uma perna elevada por 5 s
	2	Grave: não vence a gravidade
 DESVIO DO OLHAR	0	Ausente: olhos não desviam
	1*	Presente: desvio ocular para um lado
 AFASIA	0	Normal: compreende comandos e fala adequadamente
	1*	Moderada: dificuldade para compreender ou falar
	2*	Grave: não compreende comandos e não consegue se comunicar
 AGNOSIA / NEGLIGÊNCIA	0	Normal: reconhece ambos os lados
	1*	Moderada: não reconhece um lado ou nega o déficit
	2*	Grave: não reconhece um lado e nega o déficit



SINAIS CORTICAIS (*)

Desvio do olhar, afasia e agnosia/negligência são sinais corticais sugestivos de OGV.

RESULTADO: SOME OS PONTOS.

RACE ≥ 5: forte suspeita de OGV — comunicar a regulação/CROSS e considerar centro com trombectomia, conforme fluxo municipal.

Figura — Escala RACE e suspeita de oclusão de grande vaso.

Sinais que elevam a suspeita de oclusão de grande vaso

- Déficit motor grave, afasia importante, desvio conjugado do olhar, hemianopsia, negligência ou RACE elevado.
- Não condicione a transferência a um escore: qualquer AVC incapacitante em janela deve ter discussão imediata com a rede regulada.

Conduta municipal

Situação	Ação
Centro com trombólise/trombectomia inacessível localmente	Acionar CROSS imediatamente; enviar horários, exame neurológico, PA, glicemia, anticoagulantes, TC/imagens e tratamentos realizados.
Suspeita de grande vaso	Solicitar à regulação destino com capacidade de imagem vascular e trombectomia, conforme rede regional.
Elegível a trombólise no centro local	Não atrasar a administração para aguardar transporte; organizar transferência após estabilização conforme orientação.

8. CUIDADOS APÓS A FASE INICIAL

Medidas essenciais

- NPO até rastreio formal de disfagia; prevenção de broncoaspiração.
- Cabeceira elevada quando apropriado, mobilização e prevenção de lesão por pressão/trombose conforme avaliação.
- Monitorização neurológica seriada: nível de consciência, pupilas, fala, força, NIHSS quando treinado, PA, SpO₂ e glicemia.
- Identificar fibrilação atrial, aterosclerose, fonte cardioembólica e fatores de risco para prevenção secundária.

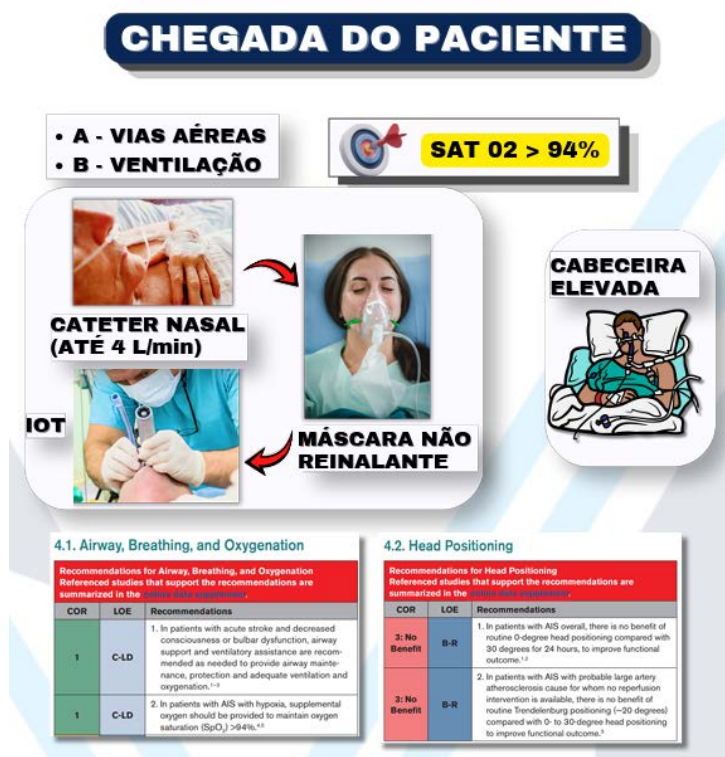


Figura — Suporte respiratório e avaliação da oxigenação.

Antiagregação e prevenção secundária

Após exclusão de hemorragia e sem trombólise nas últimas 24 h, a antiagregação deve ser definida conforme gravidade, etiologia e orientação especializada. Aspirina em dose de ataque é usual no AVCi não cardioembólico, e dupla antiagregação de curta duração pode ser indicada em AIT de alto risco ou AVC menor selecionado. Anticoagulação para fibrilação atrial depende do tamanho do infarto, risco hemorrágico e avaliação especializada; não deve ser iniciada empiricamente na Sala Vermelha.

CUIDADOS APÓS A FASE INICIAL



Suporte respiratório e avaliação da oxigenação

1. SEGURANÇA DA DEGLUTIÇÃO



NPO até rastreio formal de disfagia



Prevenir broncoaspiração

2. PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES



Cabeceira elevada quando apropriado



Mobilização segura • prevenção de lesão por pressão e trombose

3. MONITORIZAÇÃO NEUROLÓGICA SERIADA



Nível de consciência • pupilas • fala • força



NIHSS quando treinado • PA • SpO₂ • glicemia

4. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA



Investigar fibrilação atrial, aterosclerose e fonte cardioembólica



Controlar fatores de risco



ANTIAGREGAÇÃO E PREVENÇÃO SECUNDÁRIA



Após excluir hemorragia e sem trombólise nas últimas 24 h, definir a estratégia conforme gravidade, etiologia e orientação especializada.

AAS é usual no AVCi não cardioembólico. Dupla antiagregação pode ser indicada em AIT de alto risco ou AVC menor selecionado.

Anticoagulação na fibrilação atrial: decisão especializada; não iniciar empiricamente na Sala Vermelha.



NÃO ADMINISTRAR NADA POR VIA ORAL ANTES DO RASTREIO DE DISFAGIA

9. DETERIORAÇÃO NEUROLÓGICA E COMPLICAÇÕES

Piora neurológica súbita após diagnóstico ou tratamento exige reavaliação imediata: repetir ABCDE, glicemia, PA, exame neurológico e comunicar o serviço de referência. Investigar hemorragia intracraniana, edema, nova oclusão, crise epilética, hipoxemia, hipotensão, hipo/hiperglicemia e outras causas clínicas.

CHEGADA DO PACIENTE

D • NEUROLÓGICO E PROTEÇÃO DE V.A.

AVALIAÇÃO RÁPIDA E REPETIDA

- **SENSÓRIO**
- **PUPILAS**
- **DÉFICITS FOCAIS**
- **NIHSS**



QUANDO SUSPEITAR DE NÃO PROTEÇÃO DE VIA AÉREA?

- **ECG $\leq$ 8 (PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDO)**
- **ACÚMULO DE SECREÇÕES EM OROFARINGE**
- **AUSÊNCIA DE TOSSE E/OU NÁUSEAS**
- **RESPIRAÇÃO RUIDOSA**

! ATENÇÃO

- **DETERIORAÇÃO RÁPIDA DO SENSÓRIO E PARTE MOTORA**
- **TRÍADE DE CUSHING (IRREGULARIDADE RESPIRATÓRIA, BRADICARDIA E HIPERTENSÃO ARTERIAL)**

Figura — Proteção de via aérea e alerta de deterioração neurológica.

Sinal de alarme	Resposta imediata
Queda do nível de consciência / nova cefaleia intensa / vômitos	ABCDE, glicemia, PA, médico imediato, considerar TC urgente e contato com referência.
Convulsão	Proteger via aérea, tratar crise conforme protocolo institucional e investigar causa.
Hipoxemia ou incapacidade de proteger via aérea	O ₂ e suporte ventilatório; preparar via aérea avançada por equipe habilitada.
Instabilidade hemodinâmica	Monitorização contínua, tratamento conforme causa e suporte de transporte adequado.

10. CROSS, VAGA ZERO E TRANSPORTE

O acionamento da CROSS deve ocorrer precocemente para todo AVC suspeito com déficit incapacitante, paciente em janela terapêutica, necessidade de TC indisponível localmente, suspeita de grande vaso, deterioração neurológica ou necessidade de leito especializado. A ausência de vaga não interrompe a obrigação de estabilizar, documentar e buscar regulação.

CASO CLÍNICO E PRESCRIÇÃO

PESO: 80Kg

GC: 413 mg/dL

1. EMERGÊNCIA + MOVE + GC

2. CATETER O2 - 2 L/min +

Cabeceira elevada + Dieta zero

3. SF0,9% 500 ml IV 8/8h

4. T.AXILAR 2/2h

5. GLICEMIA CAPILAR 2/2h

6. INSULINA UR 8 UI

7. HMG, Na, K, UREIA, CREAT.

TAP, TTP, GLICEMIA

PRESCRIÇÃO

Após 2 horas da admissão, a neta relata que ele "parou de responder normalmente" e ficou progressivamente sonolento.

- Abre os olhos apenas ao estímulo doloroso.
- Emite sons incompreensíveis.
- Localiza parcialmente o estímulo doloroso com o membro esquerdo.
- Glasgow = 9 (O2 V2 M5).

Déficit motor tornou-se mais intenso: MSD: 0/5 MID: 2/5

8. FENTANIL 1 ml (50mcg) EV LENTO

9. ETOMIDATO 10 ml (20mg) EV

10. SUCCINILCOLINA 100mg

2 FRASCOS + 20 ml AD

12 ml EV BOLUS

11. MIDA 5mg/ml - 30 ml

12. FENTA 50mcg/ml - 20ml

SG5% 100ml EV BIC 5ml/h

Vaga zero

Em situação de risco iminente de morte ou dano neurológico grave, sem alternativa assistencial local e com necessidade de recurso inexistente no município, seguir o fluxo regional de vaga zero, com decisão médica, comunicação direta, registro de justificativa, definição de equipe/viatura e medidas de estabilização durante o transporte.

Modelo de comunicação à CROSS

SBAR/RELATÓRIO: "Paciente [idade], última vez bem às [hora], início/déficit [descrição], NIHSS/RACE se disponível [], PA [], glicemia [], SpO₂ [], anticoagulante [], TC [resultado/hora], tratamento realizado [], necessidade: avaliação em centro de AVC/trombólise/trombectomia/leito. Solicito regulação e transporte [USB/USA] pela gravidade e janela terapêutica."

11. CHECKLISTS OPERACIONAIS

Checklist de ativação — recepção/enfermagem

- ☐ Prioridade máxima e horário de chegada registrado.
- ☐ Última vez visto bem / início / despertar com déficit documentado.
- ☐ Glicemia capilar, PA, SpO₂, temperatura, monitor e ECG realizados ou em curso.
- ☐ Dois acessos venosos, coleta dirigida, peso, medicamentos e alergias obtidos.
- ☐ Médico acionado, TC priorizada, família localizada e CROSS contatada precocemente.

Checklist médico antes da transferência

- ☐ Hipoglicemia e causas reversíveis avaliadas.
- ☐ Exame neurológico de referência documentado; NIHSS/RACE se disponível e equipe treinada.
- ☐ TC/imagens e horário de realização enviados/registrados.
- ☐ PA, glicemia, oxigenação e via aérea adequadas; NPO até avaliação de deglutição.
- ☐ Anticoagulantes, comorbidades, tratamento e horários informados ao serviço receptor.
- ☐ Definida necessidade de USB/USA conforme estado clínico; relatório e cópias acompanham paciente.

CHEGADA DO PACIENTE



Figura — Monitorização e cuidados iniciais na Sala Vermelha.

12. FLUXOGRAMA MUNICIPAL

Etapa	Conduta
Sinais focais súbitos	ATIVAR PROTOCOLO AVC + registrar última vez bem
Primeiros 10 minutos	ABCDE, monitor, glicemia, PA, acesso, ECG e exame neurológico
Imagem	TC sem contraste prioritária; coletar exames sem atrasar imagem/regulação
Sem hemorragia / potencial	Controlar PA se necessário, discutir trombólise e acionar CROSS/centro de

Etapa	Conduta
reperusão	AVC
Suspeita de grande vaso ou necessidade de recurso	Regular destino com capacidade de trombectomia/UTI; transporte prioritário
Piora clínica	Reavaliar ABCDE, glicemia, TC/contato urgente e escalar suporte

CHEGADA DO PACIENTE

• C - CIRCULAÇÃO



PRESSÃO ARTERIAL

PACIENTE NÃO SUBMETIDO À TROMBÓLISE

- **PA < 220/120 mmHg**
= Não reduzir rotineiramente nas primeiras 48–72 h
- **PA ≥ 220/120 mmHg**
= É razoável ↓ 15% PA nas primeiras 24 horas, evitando quedas abruptas.
(*LABETALOL; *NICARDIPINA; NITROP. DE SÓDIO)

PACIENTE SUBMETIDO À TROMBÓLISE

→ ANTES DA TROMBÓLISE

- **PA < 185/110 mmHg**

→ APÓS TROMBÓLISE

- **PA < 180/105 mmHg**

2b	C-EO	3. In patients with BP ≥220/120 mm Hg who did not receive IVT or EVT and have no comorbid conditions requiring urgent antihypertensive treatment, the benefit of initiating or reinitiating treatment of hypertension within the first 48 to 72 hours is uncertain.
3: No Benefit	A	4. In patients with BP <220/120 mm Hg who did not receive IVT or EVT and do not have a comorbid condition requiring urgent antihypertensive treatment, initiating or reinitiating treatment of hypertension within the first 48 to 72 hours after an AIS is not effective to prevent death or dependency. ⁴

Before reperfusion treatment	1 B-NR	5. Patients with AIS who have elevated BP and are otherwise eligible for treatment with IVT should have their SBP lowered to <185 mm Hg and diastolic blood pressure (DBP) <110 mm Hg before IVT therapy is initiated to reduce hemorrhagic complications. ¹⁰
After IVT	1 B-R	7. BP should be maintained at <180/105 mm Hg for at least the first 24 hours after IVT treatment. ¹¹⁻¹³
3: No Benefit	B-R	8. In patients with mild to moderate severity AIS who have been treated with IVT, intensive SBP reduction (target of <140 mm Hg compared with <180 mm Hg) is not recommended because it is not associated with an improvement in functional outcome. ¹¹

Figura — Fluxograma de decisão e condutas na chegada.

13. CASO CLÍNICO ILUSTRATIVO

Homem de 68 anos, previamente independente, inicia às 08h20 fala arrastada e fraqueza em hemisfério direito. Chega às 09h00. Glicemia 112 mg/dL; PA 198/112 mmHg; SpO₂ 96% em ar ambiente. A equipe

ativa o Protocolo AVC, registra a última vez bem, realiza monitorização, acesso venoso, ECG e prioriza TC sem contraste. A TC não mostra hemorragia. A PA é controlada cuidadosamente conforme meta e a CROSS é acionada de imediato para centro de AVC.

CASO CLÍNICO E PRESCRIÇÃO

**PERCIVAL ANTUNES, 72 ANOS, TRAZIDO PELA
NETA AMNÉSIA COM QUEIXA DE “BOCA TORTA
E FRAQUEZA NO BRAÇO” HÁ 1 HORA. HAS E DM.**

**AO EXAME: DESVIO DE RIMA PARA DIREITA E
FORÇA GRAU 2 EM MSE E GRAU 4 EM MIE.**

FC: 98 bpm, FR: 18 lrpm, SAT O2: 94%

PA: 210x110mmHg, ECG 15



Figura — Caso clínico ilustrativo.

Pontos de aprendizagem

- O déficit é incapacitante, mesmo sem necessidade de NIHSS alto.
- A pressão deve atingir a meta antes de eventual fibrinolítico; nunca reduzir abruptamente.
- A discussão sobre trombólise/trombectomia ocorre em paralelo à estabilização e não depois dela.
- O relatório com horários é parte do tratamento: define a janela e evita repetição de etapas.

14. INDICADORES DE QUALIDADE

Indicador	Fórmula / meta de acompanhamento
-----------	----------------------------------

Indicador	Fórmula / meta de acompanhamento
Tempo porta–glicemia	mediana em minutos; meta ≤ 10 min
Tempo porta–TC	mediana em minutos; meta ≤ 25 min quando disponível
Tempo até acionamento CROSS	proporção de candidatos com regulação precoce
Registro da última vez bem	% de suspeitas de AVC com registro completo
Transferência para referência	tempo decisão–saída e adequação do tipo de ambulância
Eventos de segurança	hipoglicemia não reconhecida, broncoaspiração, falhas de documentação, piora não comunicada

15. TREINAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

- Capacitação semestral de recepção, enfermagem, médicos e transporte sobre sinais, fluxos e comunicação.
- Simulação realística trimestral com cronômetro: chegada, glicemia, TC, regulação e transferência.
- Revisão mensal de casos e indicadores; atualização anual ou quando houver mudança de diretriz/regulação.

ANEXO A — CRITÉRIOS DE DOCUMENTAÇÃO MÍNIMA

- Identificação, idade e condição funcional prévia.
- Hora de início; última vez visto bem; descoberta do déficit; hora de chegada e de acionamento do protocolo.
- Sinais e exame neurológico inicial/seriados; NIHSS/RACE se aplicável.
- PA, FC, FR, SpO₂, temperatura e glicemia; intervenções e respectivos horários.
- Anticoagulantes/antiagregantes, alergias, comorbidades, cirurgia/trauma recente e peso.
- TC/imagens: horário, resultado e serviço que avaliou.
- Contato e retorno da CROSS; destino; modalidade de transporte; nome do profissional receptor.

ANEXO B — ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA

Explique de forma clara que o AVC é uma emergência, que o horário de início é essencial e que a transferência busca acesso a exames e tratamentos especializados. Solicite que a família informe medicamentos, especialmente anticoagulantes, e leve documentos, receitas e exames disponíveis. Não oferecer água, comida ou comprimidos por via oral até a avaliação de deglutição.

ANEXO C — REFERÊNCIAS TÉCNICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.

AMERICAN HEART ASSOCIATION/AMERICAN STROKE ASSOCIATION. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Brasília: Ministério da Saúde.

NOTA DE VALIDAÇÃO: antes da aprovação institucional, validar fluxos de referência, disponibilidade de tomografia, telemedicina, fibrinolíticos, insumos e composição de transporte junto à gestão municipal e à regulação regional.

Referências técnico-científicas e normativas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo**. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de julho de 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: Gov.br/Conitec. Acesso em: 31 jul. 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [Linhas de Cuidado do Ministério da Saúde](#). Acesso em: 31 jul. 2026.
3. PRABHAKARAN, S. et al. **2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke**. American Heart Association/American Stroke Association, 2026. Disponível em: [AHA/ASA](#). Acesso em: 31 jul. 2026.
4. BERGE, E. et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal*, v. 6, supl. 1, p. I–LXII, 2021. Disponível em: [ESO](#). Acesso em: 31 jul. 2026.
5. SANDSET, E. C. et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *European Stroke Journal*, 2021. Disponível em: [ESO — manejo da pressão arterial](#). Acesso em: 31 jul. 2026.
6. EUROPEAN STROKE ORGANISATION; EUROPEAN SOCIETY FOR MINIMALLY INVASIVE NEUROLOGICAL THERAPY. **Guideline on intravenous thrombolysis before mechanical thrombectomy in acute ischaemic stroke**. 2025. Disponível em: [ESO/ESMINT](#). Acesso em: 31 jul. 2026.