



PROTOCOLO MUNICIPAL



ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

Reconhecimento precoce, investigação e prevenção do AVC

MENSAGEM-CHAVE

O PACIENTE MELHOROU. O RISCO NÃO.

AIT É UMA EMERGÊNCIA DE PREVENÇÃO DO AVC.

PREFEITURA DE ITARIRI

SAÚDE ITARIRI

PROTOCOLO MUNICIPAL ILUSTRADO

AIT
ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO

Reconhecimento precoce,
avaliação rápida e prevenção do AVC

RECONHECER É O PRIMEIRO PASSO

TEMPO É CÉREBRO

AVALIAR, INVESTIGAR E AGIR

PREVENIR HOJE, PROTEGER AMANHÃ

O PACIENTE MELHOROU.
O RISCO NÃO.
AIT É UMA EMERGÊNCIA DE PREVENÇÃO DO AVC.

Rede Municipal de Saúde de Itariri-SP
Edição 2026

UBS/ESF | PRONTO-SOCORRO | SALA VERMELHA | REGULAÇÃO

Rede Municipal de Saúde de Itariri-SP • Edição 2026

Documento operacional para UBS/ESF, Pronto-Socorro, Sala Vermelha, transporte e regulação.

1. FINALIDADE E ABRANGÊNCIA

Padronizar o reconhecimento, a avaliação inicial, a investigação, a prevenção secundária precoce e a regulação do paciente com suspeita de AIT na Rede Municipal de Saúde de Itariri-SP.

- UBS e Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Pronto-Socorro e Sala Vermelha
- Enfermagem e equipe multiprofissional
- Transporte sanitário/urgência e regulação
- Serviços hospitalares de referência regional

REGRA DE OURO

Déficit focal atual = tratar como possível AVC agudo. Déficit focal que reverteu = tratar como possível AIT recente, ainda urgente. Em ambos: TEMPO É CÉREBRO.

2. DEFINIÇÃO OPERACIONAL ATUAL

AIT é um episódio transitório de disfunção neurológica causado por isquemia focal cerebral, medular ou retiniana, sem infarto agudo demonstrável. A duração dos sintomas, isoladamente, não define AIT.

NÃO USAR COMO DEFINIÇÃO

“Reverteu em até 1 hora” ou “reverteu em até 24 horas” não deve ser usado isoladamente para definir AIT. Sintomas resolvidos também não significam baixo risco.

3. QUANDO SUSPEITAR

MAIS SUGESTIVO DE AIT	MIMETIZADORES / ALERTAS
Fraqueza unilateral de face, braço ou perna	Hipoglicemia / distúrbios metabólicos
Afasia ou disartria de início súbito	Crise epiléptica / paralisia de Todd
Amaurose monocular ou perda visual focal	Enxaqueca com aura
Hemianopsia; diplopia com outros sinais de tronco	Vertigem periférica isolada
Ataxia/desequilíbrio abrupto com sinais focais	Síncope, intoxicação, transtorno funcional

4. PRIMEIROS 10 MINUTOS

- 1. Registrar hora exata do início, duração e último momento em que o paciente estava bem.
- 2. ABCDE; PA, FC, FR, SpO₂, temperatura e glicemia capilar imediata.
- 3. Exame neurológico objetivo. Se houver déficit atual, aplicar protocolo de AVC agudo e NIHSS quando disponível.
- 4. Checar anticoagulantes/antiagregantes, horário da última dose, sangramento, trauma, cirurgia recente e comorbidades.
- 5. Providenciar neuroimagem urgente e avaliação vascular conforme fluxo regional.
- 6. ECG de 12 derivações e pesquisa de fibrilação atrial; considerar monitorização cardíaca.

DECISÃO CRÍTICA

HÁ DÉFICIT NEUROLÓGICO AGORA?

SIM → PROTOCOLO AVC AGUDO / SALA VERMELHA.

NÃO → SUSPEITA DE AIT: prosseguir com investigação urgente.

5. JANELA DE URGÊNCIA

Na organização municipal, a temporalidade deve determinar prioridade e destino:

- Início < 4,5 h: avaliação emergencial, mesmo que os sintomas tenham resolvido completamente.
- Início entre 4,5 e 48 h: avaliação urgente em serviço com capacidade de neuroimagem e manejo de AVC.
- Após 48 h: avaliação clínica e investigação etiológica o mais rápido possível, sem banalizar o episódio.

CONTEXTO DE ITARIRI

Na ausência de neurologia e hospital de referência local, estabilizar, documentar horário/exame neurológico, realizar o que estiver disponível sem atrasar transferência e acionar regulação para serviço com neuroimagem e suporte ao AVC.

6. ABCD² - COMO CALCULAR E COMO NÃO USAR

ITEM	CRITÉRIO	PONTOS
A - Age	≥ 60 anos	1
B - Blood Pressure	PA inicial ≥ 140/90 mmHg	1
C - Clinical	Fraqueza unilateral / fala sem fraqueza	2 / 1
D - Duration	≥ 60 min / 10-59 min	2 / 1

INTERPRETAÇÃO SEGURA

ABCD² é complementar. NÃO utilizar isoladamente para liberar o paciente, excluir causa de alto risco ou decidir automaticamente entre ambulatório e internação. Escore baixo não exclui estenose carotídea, fibrilação atrial ou outra etiologia de alto risco.

7. INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIA

- TC de crânio sem contraste: excluir hemorragia e diagnósticos alternativos; pode ser normal no AIT.
- Imagem vascular: preferir angio-TC/angio-RM de vasos cervicais e intracranianos conforme disponibilidade; Doppler de carótidas é alternativa para circulação extracraniana.
- RM com difusão quando disponível, especialmente em apresentações atípicas, circulação posterior ou TC normal com dúvida diagnóstica.
- ECG de 12 derivações; pesquisa de fibrilação atrial. Considerar monitorização ≥ 24 h quando houver suspeita embólica.
- Laboratório dirigido: hemograma, glicemia/HbA1c, eletrólitos, função renal, perfil lipídico, coagulograma quando indicado.
- Ecocardiograma em casos selecionados, sobretudo na suspeita de fonte cardioembólica.

8. CONDUTA ANTITROMBÓTICA

ANTES DE ANTIAGREGAR

Excluir hemorragia intracraniana por imagem e verificar possibilidade de terapia de reperfusão. Após trombólise IV, antiagregantes em geral são evitados nas primeiras 24 h até imagem de controle.

- Sem indicação de anticoagulação e após exclusão de hemorragia: iniciar antiagregação precocemente conforme protocolo e perfil clínico.
- AIT de alto risco ou AVC menor não cardioembólico, sem alto risco hemorrágico: considerar AAS + clopidogrel por curta duração em pacientes selecionados.
- Esquema de referência: AAS 160-325 mg de ataque + clopidogrel 300-600 mg de ataque; manutenção usual AAS em baixa dose + clopidogrel 75 mg/dia por 21 dias, seguida de monoterapia.
- Fibrilação atrial/cardioembolia provável: estratégia de prevenção é anticoagulação quando indicada; não manter DAPT crônica como substituto.
- Evitar DAPT prolongada sem indicação específica devido ao risco de sangramento.

SEGURANÇA

A prescrição antitrombótica deve considerar neuroimagem, reperfusão, etiologia, sangramento, anticoagulantes em uso, função renal, interações e contraindicações individuais.

9. PRESSÃO ARTERIAL, GLICEMIA E ESTATINA

- Evitar redução abrupta e não indicada da PA em contexto de isquemia cerebral aguda; evitar hipotensão.
- Corrigir hipoglicemia imediatamente. Evitar hiperglicemia importante; em pacientes hospitalizados com AVC agudo, 140-180 mg/dL é faixa frequentemente utilizada.
- Iniciar ou otimizar estatina de alta intensidade quando indicada para prevenção secundária, considerando tolerância, interações e mecanismo do evento.

NÃO TRATE O NÚMERO E ESQUEÇA O CÉREBRO

Elevação moderada da PA pode acompanhar o evento. Déficit focal transitório não deve ser atribuído automaticamente a “pico de pressão”.

10. CRITÉRIOS PRÁTICOS PARA REGULAÇÃO URGENTE

- Início dos sintomas nas últimas 48 horas, especialmente <4,5 h, mesmo com resolução completa.
- Déficit neurológico persistente, flutuante ou recorrente.
- Suspeita de oclusão de grande vaso, estenose carotídea sintomática ou circulação posterior.
- Fibrilação atrial nova, cardiopatia emboligênica ou evento recorrente em anticoagulado.
- ABCD² elevado como elemento adicional, nunca isoladamente.
- Impossibilidade de completar investigação rápida e segura ambulatorialmente.
- Diagnóstico incerto com possibilidade de AVC, hemorragia, crise epiléptica ou outra condição grave.

11. FLUXOGRAMA ASSISTENCIAL MUNICIPAL

1. DÉFICIT FOCAL SÚBITO relatado ou observado



2. HÁ DÉFICIT AGORA?

SIM → PROTOCOLO AVC AGUDO / SALA VERMELHA

NÃO → SUSPEITA DE AIT



3. GLICEMIA + SINAIS VITAIS + EXAME NEUROLÓGICO + HORÁRIO



4. INÍCIO <48 h OU ALTO RISCO CLÍNICO/ETIOLÓGICO?

SIM → AVALIAÇÃO URGENTE + REGULAÇÃO



5. NEUROIMAGEM + IMAGEM VASCULAR + ECG + LABORATÓRIO



6. EXCLUIR HEMORRAGIA E DEFINIR MECANISMO



7. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA PRECOCE + PLANO DE SEGUIMENTO

12. SBAR PARA REGULAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

S - Situação

Paciente com episódio de déficit neurológico focal súbito, atualmente [com/sem] déficit. Início/último momento bem: __:__. Duração: __ min.

B - Background

Idade __; HAS/DM/FA/dislipidemia/AVC prévio: __. Anticoagulante/antiagregante: __; última dose: __.

A - Avaliação

PA __/__ mmHg; glicemia __ mg/dL; SpO₂ __%; exame neurológico: __; NIHSS __; ABCD² __ (complementar). TC/ECG/laboratório: __.

R - Recomendação

Solicito avaliação urgente em serviço com neuroimagem/suporte ao AVC para investigação etiológica, definição de reperfusão quando aplicável e prevenção secundária.

13. PRESCRIHOSP - MODELO DE REFERÊNCIA

Adaptar ao quadro clínico, protocolos vigentes, disponibilidade local e contraindicações.

- Monitorização clínica e neurológica; sinais vitais seriados.
- Acesso venoso periférico; manter euvolemia. Evitar hipotensão.
- Glicemia capilar seriada; corrigir hipoglicemia imediatamente.
- Oxigênio apenas se hipoxemia/indicação clínica.
- Dieta zero até avaliação de deglutição quando houver suspeita de AVC/disfagia.
- TC de crânio sem contraste + avaliação vascular conforme fluxo.
- ECG 12 derivações; hemograma, glicemia, eletrólitos, ureia/creatinina e exames dirigidos.
- Antiagregação somente após exclusão de hemorragia e avaliação de reperfusão/contraindicações.
- Acionar regulação/transferência conforme critérios deste protocolo.

14. CHECKLIST MÉDICO

- ☐ Hora do início / último momento bem / duração documentados
- ☐ Testemunha/familiar ouvido quando possível
- ☐ Glicemia capilar
- ☐ PA, FC, FR, SpO₂, temperatura
- ☐ Exame neurológico focal; NIHSS se déficit atual
- ☐ Anticoagulante/antiagregante e última dose
- ☐ Sangramento, trauma ou cirurgia recente
- ☐ TC de crânio
- ☐ Imagem vascular conforme disponibilidade
- ☐ ECG / pesquisa de FA
- ☐ Laboratório dirigido
- ☐ Mecanismo provável considerado
- ☐ Antitrombótico conforme indicação
- ☐ Estatina e fatores de risco
- ☐ Regulação/encaminhamento documentados
- ☐ Sinais de alarme e retorno imediato orientados

15. CHECKLIST DE ENFERMAGEM

- ☐ Classificação prioritária e comunicação imediata ao médico diante de déficit focal atual ou recente.
- ☐ Registrar horário de chegada, início dos sintomas e último momento bem.
- ☐ PA, FC, FR, SpO₂, temperatura e glicemia capilar.
- ☐ Avaliar via aérea, respiração e circulação; instalar monitorização quando indicada.
- ☐ Obter acesso venoso conforme prescrição/protocolo.
- ☐ Confirmar alergias e medicamentos, especialmente anticoagulantes/antiagregantes.
- ☐ Manter vigilância para recorrência do déficit e comunicar qualquer mudança imediatamente.
- ☐ Preparar documentação, exames e transporte para regulação/transferência.

16. CASO CLÍNICO DIDÁTICO - UBALDINA, 66 ANOS

Mulher de 66 anos, DM e dislipidemia, trazida pelo filho após episódio súbito de fraqueza em braço direito, com resolução completa no trajeto. PA 130/80 mmHg, FC 86 bpm, FR 16 irpm, sem déficit focal atual.

LEITURA ATUALIZADA

A história é compatível com evento isquêmico transitório e exige investigação urgente. ABCD² pode ser calculado, mas não substitui neuroimagem e avaliação vascular. A ausência de déficit no exame atual não autoriza banalizar o episódio.

- Documentar início, duração e último momento bem.
- Glicemia e exame neurológico estruturado.
- TC de crânio e avaliação vascular conforme fluxo.
- ECG e investigação de FA.
- Definir prevenção antitrombótica após excluir hemorragia e contraindicações.
- Regular/encaminhar conforme temporalidade, risco clínico e capacidade local.

17. MODELO DE REGISTRO CLÍNICO BREVE

S

Episódio súbito de [fraqueza/fala/visão/etc.] iniciado às __:__, duração de __ min, resolução completa às __:__. Último momento bem: __:__. Anticoagulante/antiagregante: __.

O

PA __/__ mmHg; FC __; SpO₂ __%; glicemia __ mg/dL. Neurológico atual: __. NIHSS: __ (se aplicável). ECG: __. TC: __.

A

Suspeita de AIT / AVC menor. ABCD² = __ (complementar). Etiologia de alto risco a excluir: __.

P

Neuroimagem/vascular, ECG/laboratório, prevenção antitrombótica após exclusão de hemorragia, estatina/controle de risco, regulação para __, orientações e documentação de horários/contatos.

18. ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E À FAMÍLIA

- Se reaparecer fraqueza, assimetria facial, alteração da fala, perda visual, desequilíbrio importante ou qualquer novo déficit neurológico: procurar emergência imediatamente.
- Não esperar “passar sozinho” e não dirigir até o serviço de saúde.
- Levar lista de medicamentos e informar especialmente anticoagulantes.
- Não suspender, duplicar ou iniciar antiagregantes/anticoagulantes por conta própria.
- Após estabilização: controle rigoroso de tabagismo, diabetes, hipertensão, colesterol, atividade física e dieta com seguimento na APS.

19. INDICADORES MUNICIPAIS SUGERIDOS

- % de suspeitas de AIT com glicemia documentada.
- % com início/último momento bem documentado.
- % com ECG realizado.
- % com neuroimagem realizada/solicitada.
- Tempo entre chegada e acionamento da regulação.
- % com prevenção secundária iniciada quando indicada.
- % com retorno/AVC após AIT, quando rastreável.

20. AIT EM 60 SEGUNDOS - PÁGINA DE BOLSO

1

DÉFICIT FOCAL AGORA? → PROTOCOLO AVC AGUDO.

2

RESOLVEU? → SUSPEITE AIT. NÃO DESVALORIZE.

3

HORÁRIO + GLICEMIA + SINAIS VITAIS + EXAME NEUROLÓGICO.

4

<4,5 h = EMERGÊNCIA; 4,5-48 h = URGÊNCIA.

5

TC/IMAGEM VASCULAR + ECG + LABORATÓRIO.

ABCD² COMPLEMENTA; NÃO DECIDE ALTA SOZINHO.

EXCLUIR HEMORRAGIA → PREVENÇÃO SECUNDÁRIA + REGULAÇÃO/SEGUIMENTO.

21. REFERÊNCIAS E NOTA EDITORIAL

- American Heart Association/American Stroke Association. Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. 2026.
- Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Acute Stroke Management: Triage and Initial Diagnostic Evaluation of TIA and Non-Disabling Stroke; Emergency Department Evaluation and Management; atualização 2022 e atualização interina de trombectomia 2025.
- Johnston SC et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet. 2007.
- CHANCE, POINT, THALES e INSPIRES - evidências para estratégias de dupla antiagregação em pacientes selecionados.
- Apostila Municipal Ilustrada - Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Itariri-SP, 2026, utilizada como base didática e editorial.

NOTA EDITORIAL

Documento de apoio à decisão e padronização assistencial. Recomenda-se validação final pela coordenação médica, enfermagem, regulação municipal e referência regional antes da publicação como protocolo institucional definitivo.