

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

PROTOCOLO MUNICIPAL DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – 2026



AVALIAÇÃO INICIAL

- ABCDE • SINAIS VITAIS •
- OXIMETRIA • SINAIS DE GRAVIDADE

TRATAMENTO PRECOCE

- OXIGENOTERAPIA QUANDO INDICADA •
- ANTIMICROBIANOS CONFORME PROTOCOLO •
- MONITORIZAÇÃO

DIAGNÓSTICO E GRAVIDADE

- CLÍNICA + RADIOGRAFIA DE TÓRAX •
- CRB-65/ CURB-65 • REAVALIAÇÃO

TRANSFERÊNCIA SEGURA

- SALA VERMELHA •
- ESTABILIZAÇÃO •
- REGULAÇÃO CROSS •
- VAGA ZERO QUANDO NECESSÁRIA



1. Apresentação, finalidade e campo de aplicação

Este protocolo organiza o reconhecimento, a estabilização, a estratificação de gravidade, o tratamento inicial, a observação, a transferência e o seguimento de pacientes com suspeita ou diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade (PAC). É aplicável à APS/UBS/ESF, Pronto-Socorro Municipal, Sala Vermelha, ambulâncias e transporte inter-hospitalar.

FINALIDADE Reduzir atraso diagnóstico, padronizar decisões críticas e apoiar comunicação segura em uma rede com recursos variáveis e referências distantes.

Público-alvo

Equipe	Uso esperado
Médico / enfermeiro / técnico	Triagem, avaliação inicial, execução de medidas e documentação.
Farmacêutico clínico	Revisão de antimicrobianos, alergias, interações e ajuste conforme função renal quando a fonte institucional específica estiver disponível.
Fisioterapia respiratória	Apoio à avaliação e terapia respiratória conforme disponibilidade e indicação clínica.
Regulação, transporte e gestão	Acionamento precoce da CROSS, preparação de remoção e monitoramento de indicadores.

LIMITE DA FONTE A fonte enviada concentra-se em adultos. Pediatria, gestação, imunossupressão e ajuste renal são contemplados apenas como fluxos de segurança, sem criação de doses não fornecidas.

2. Definição e importância epidemiológica

PAC é a infecção do parênquima pulmonar adquirida fora do ambiente hospitalar. Na prática, a fonte recomenda **suspeita clínica** diante de tosse progressiva, dispneia, expectoração, dor torácica, febre/hiporexia e alterações no exame pulmonar.

O documento-fonte descreve alta carga assistencial e cita estimativas de 600 mil internações e 50–100 mil óbitos anuais por pneumonia no Brasil.

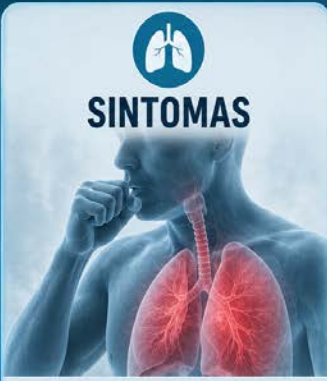
ALERTA Retorno repetido por dispneia, febre, tosse ou piora clínica não deve ser atribuído automaticamente a ansiedade ou virose. Reavalie diagnóstico e gravidade.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

AVALIAÇÃO INICIAL E DESTINO ASSISTENCIAL



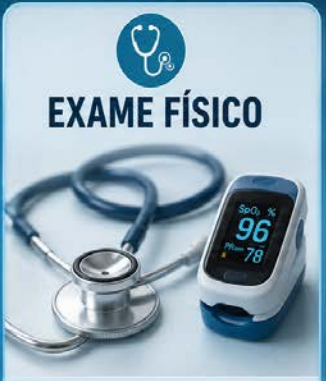
SINTOMAS



Tosse • febre • dispneia • dor torácica



EXAME FÍSICO



FR • SpO₂ • ausculta • sinais de esforço



ESCORE



Sempre associar ao julgamento clínico



DESTINO ASSISTENCIAL



APS • PS • internação • Sala Vermelha / CROSS

3. Etiologia, fatores de risco e fisiopatologia aplicada

A fonte cita *Streptococcus pneumoniae* como patógeno bacteriano mais frequente, além de *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e agentes “atípicos”, como *Mycoplasma*, *Chlamydia/Chlamydophila* e *Legionella*.

A terminologia “pneumonia típica/atípica” não deve orientar, isoladamente, a gravidade.

Fator / situação	Implicação operacional
Idade ≥65 anos e fragilidade	Maior risco; individualizar além da idade cronológica.
DPOC, asma, diabetes, cardiopatia, DRC, hepatopatia	Maior vulnerabilidade e menor margem de segurança para alta.
Uso de antibiótico nos últimos 3 meses	Muda o cenário terapêutico da fonte; reavaliar risco de resistência.
Déficit de deglutição, debilidade, instituição de longa permanência	Considerar microaspiração e necessidade de avaliação ampliada.

A PAC ocorre quando mecanismos de defesa das vias aéreas e alvéolos não contêm o patógeno. A inflamação alveolar altera a troca gasosa e pode evoluir com hipoxemia, sepse, derrame parapneumônico e insuficiência respiratória.

PONTO DE SEGURANÇA Não é confiável distinguir apenas pela clínica se a PAC é viral ou bacteriana. A fonte recomenda não excluir coinfeção bacteriana apenas por contexto viral.

4. Avaliação inicial: ABCDE do paciente potencialmente grave

Etapa	Ações imediatas e registro
A — Via aérea	Avaliar fala, proteção de via aérea, secreções, vômitos e risco de aspiração. Preparar suporte avançado se ameaça à via aérea.
B — Respiração	FR, padrão respiratório, tiragens, ausculta bilateral, oximetria contínua no grave; iniciar O ₂ conforme necessidade e resposta.
C — Circulação	PA, FC, perfusão, temperatura, acesso venoso, glicemia capilar; investigar hipotensão/choque.
D — Neurológico	Nível de consciência/confusão; registrar escala disponível e glicemia.
E — Exposição	Temperatura, hidratação, sinais de trombose, lesões, edema, comorbidades e medicações.

SINAIS DE GRAVIDADE Choque com necessidade de droga vasoativa, insuficiência respiratória, rebaixamento/confusão, FR >30, SpO₂ baixa, PA em queda, hipotermia, leucopenia/trombocitopenia quando disponíveis, infiltrado multilobar e deterioração rápida.

CONDUTA No paciente instável: monitorização, oxigenação, acesso venoso, coleta dirigida sem atrasar tratamento, reavaliações seriadas e acionamento precoce da regulação.



5. Quadro clínico, diferencial e sinais de alarme

Suspeitar de PAC	Diagnósticos diferenciais prioritários
Tosse progressiva, expectoração, febre, dispneia, dor torácica, hiporexia, crepitações ou murmúrio vesicular diminuído.	TEP, exacerbação de DPOC/asma, insuficiência cardíaca/edema pulmonar, influenza/COVID-19, tuberculose, aspiração, derrame pleural, síndrome coronariana conforme contexto.
Pode haver apresentação menos exuberante em idosos e pessoas frágeis.	A ausência de febre, de imagem inicial ou de alteração única na ausculta não exclui PAC.

ERRO FREQUENTE Usar radiografia normal precoce para descartar PAC em paciente com alta suspeita clínica. A fonte relata que alterações inflamatórias podem tornar-se visíveis apenas após 24–72 horas.

6. Diagnóstico clínico e exames complementares

O diagnóstico deve integrar história, exame físico, evolução e contexto. A radiografia de tórax, quando disponível, ajuda a apoiar o diagnóstico e, sobretudo, a procurar complicações, como consolidação, derrame pleural e doença multilobar. Ultrassom pulmonar pode auxiliar onde houver equipe treinada e equipamento.

Exame	Quando solicitar / contribuição	Limitações operacionais
Oximetria	Todos os casos suspeitos no PS; monitorização no moderado/grave.	Valor isolado não substitui avaliação do trabalho respiratório.
Radiografia de tórax	Quando disponível; pesquisar consolidação, derrame, extensão.	Pode estar normal no início; interpretar com clínica.
Hemograma	Dimensionar resposta inflamatória; leucocitose/leucopenia podem sinalizar gravidade.	Não confirmar nem excluir isoladamente.
Ureia/creatinina/Na/glicemia	CURB-65, comorbidades, segurança terapêutica e gravidade.	Indisponibilidade/demora não deve atrasar decisão clínica.
Gasometria	PAC grave, hipoxemia, desconforto respiratório ou dúvida de insuficiência respiratória.	Pode não estar disponível localmente.
Culturas e marcadores	A fonte enviada não padroniza indicações/rotina.	Solicitar somente conforme fluxo institucional vigente, sem retardar estabilização.

PONTO DE SEGURANÇA Padrão mínimo seguro na falta de exames: sinais vitais completos, oximetria, exame respiratório documentado, CRB-65 e reavaliação clínica programada.

7. Estratificação de gravidade: CURB-65, CRB-65 e PSI

Escore	Componentes / uso na fonte	Destino orientador na fonte
CURB-65	Confusão, ureia, FR, PA sistólica e idade.	0–1: baixo risco; 2: risco intermediário/internação; 3–5: preferir UTI.
CRB-65	Mesmos parâmetros, sem ureia; útil quando laboratório indisponível.	0: domicílio se avaliação global segura; 1–2: internação/observação; 3–4: UTI.
PSI/PORT	Integra comorbidades, sinais vitais, exames e radiografia.	Mais completo, mas menos reprodutível onde não há exames rápidos.

ALERTA Escores não substituem julgamento clínico. Saturação baixa, FR 29–30, má condição social, incapacidade de via oral, piora rápida e comorbidades podem justificar observação/internação mesmo com escore baixo.

ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

CURB-65

Confusão • ureia •
FR • PA sistólica • idade



0-1:
baixo risco

2: risco
intermediário /
internação

3-5:
preferir UTI

CRB-65

Confusão • FR ≥ 30 irpm •
PAS < 90 mmHg ou
PAD ≤ 60 mmHg •
idade ≥ 65 anos



Sem ureia: útil quando
laboratório indisponível

0: domicílio se
avaliação global
segura

1-2:
internação /
observação

3-4:
UTI

PSI / PORT

Comorbidades •
sinais vitais • exames •
radiografia



Mais completo,
porém menos
reprodutível
sem exames
rápidos



CRB-65 — ASSINALE



Confusão mental nova



FR ≥ 30 irpm



PAS < 90 mmHg ou PAD ≤ 60 mmHg



Idade ≥ 65 anos

TOTAL: ____ / 4



NÃO USAR ISOLADAMENTE

Escores não substituem julgamento clínico.

SatO₂ baixa • piora rápida • incapacidade de via oral •
má condição social • comorbidades podem justificar
observação ou internação mesmo com escore baixo.

PSI/PORT

Etapa 1	
Variável analisada	Pontos
Dados demográficos	
Idade	Homem = idade Mulher = idade - 10
Residência em asilo	10
Co-morbidades	
Neoplasia	30
Doença hepática	20
Insuficiência cardíaca congestiva	10
Doença cerebrovascular	10
Doença renal	10
Exame físico	
Sangramento alterado	20
FR > 30 rpm	20
PAS < 90 mmHg	20
Temp. axilar < 35 ou > 40°C	15
FC > 125 bpm	10
ETAPA 2	
Variável analisada	Pontos
Exames complementares	
pH arterial < 7,35	30
Uréia > 7,8 mg/dl	20
Sódio < 130 mEq/l	20
Glicose > 250 mg/dl	10
Hematócrito < 30%	10
PaO ₂ < 60 mmHg	10
Derrame pleural	10
Total	Soma dos pontos

Classe	Pontos	Mortalidade, %	Local sugerido de tratamento
I	-	0,1	Ambulatorial
II	≤ 70	0,6	Ambulatorial
III	71-90	2,8	Ambulatorial ou internação breve
IV	91-130	8,2	Internação
V	> 130	29,2	Internação

É o melhor escore, porém, pouco aplicável no dia a dia (dependência de exames).

8. Fluxo municipal de decisão e destinos assistenciais

Cenário	Destino / conduta mínima
APS/UBS: estável, sem sinais de alarme, rede de apoio e retorno garantido	Avaliar clinicamente, oximetria se disponível, orientar retorno imediato; encaminhar PS se dúvida, piora ou risco.
PS: baixo risco, segurança para via oral e acompanhamento	Tratamento ambulatorial conforme fonte, orientações escritas e reavaliação em 48–72 h.
PS: CRB-65 ≥ 1 , comorbidade, SpO ₂ reduzida, FR elevada ou dúvida clínica/social	Observação/internação conforme capacidade; monitorizar e reavaliar.
Sala Vermelha / transferência	Insuficiência respiratória, choque, necessidade de suporte avançado, critérios de UTI ou complicação sem recurso local.

CONDUTA Diante de limitação de recursos, a prioridade é estabilizar, documentar tendência clínica e regular cedo — não aguardar deterioração para solicitar vaga.

9. Tratamento ambulatorial do adulto — conforme documento-fonte

ALERTA Usar somente após confirmação de elegibilidade para alta. Verificar alergias, uso recente de antimicrobianos, comorbidades, capacidade de via oral, interações e função renal quando disponível.

Cenário adulto	Esquema citado na fonte	Duração citada
Baixo risco; sem comorbidade; sem antibiótico recente	Amoxicilina 1 g VO a cada 8 h.	3–5 dias; reavaliar resposta.
Alternativas de baixo risco	Cefuroxima 500 mg VO a cada 12 h; ou claritromicina 500 mg VO a cada 12 h.	3–5 dias.
Comorbidade, antibiótico recente ou CRB-65 ≥ 1	Amoxicilina/clavulanato + Macrolídeo (a fonte cita claritromicina).	3–7 dias.
Alternativa reservada	Levofloxacino 750 mg VO 1x/dia.	5 dias; fonte orienta reservar como última escolha.

ERRO FREQUENTE Empregar Fluoroquinolona como primeira escolha sem avaliar alternativas e riscos. A fonte recomenda reservá-la por amplo espectro, resistência e eventos adversos.

LIMITE DA FONTE Não há dose de amoxicilina/clavulanato, doses pediátricas, ajustes renais, contraindicações detalhadas ou manejo de alergia grave suficientemente especificados no documento enviado.

10. Tratamento hospitalar do adulto — conforme documento-fonte

Situação	Esquema citado na fonte	Observações de segurança
Risco intermediário/alto com indicação de internação	Ceftriaxona 1 g IV a cada 12 h + claritromicina 500 mg a cada 12 h.	A fonte descreve esta combinação como padrão; confirmar disponibilidade, alergias e prescrição local.
Alternativa citada	Amoxicilina/clavulanato + Macrolídeo.	Doses parenterais não detalhadas na fonte.
Alternativa citada	Levofloxacino isolado.	Usar de modo criterioso.
Maior gravidade / cenários selecionados	A fonte menciona ampicilina/sulbactam e piperacilina/tazobactam associados a Macrolídeo.	Sem posologia/critério completo no material: decisão com regulação/referência.

PONTO DE SEGURANÇA Não atrasar o antimicrobiano do paciente grave por radiografia, gasometria, cultura ou vaga. **Registrar horário de decisão e administração.**

11. PAC grave, sepse e insuficiência respiratória

1. Reconhecer sinais de gravidade e levar imediatamente à área monitorizada / Sala Vermelha.
2. Aplicar ABCDE, oximetria contínua, acesso venoso, glicemia e exames que não atrasem estabilização.
3. Oxigênio por dispositivo titulado à resposta clínica; a fonte exemplifica alvo de SpO₂ 95% em paciente sem especificar condição de retenção de CO₂.
4. Iniciar antimicrobianos conforme cenário da fonte e reavaliar resposta clínica seriada.
5. Se choque, necessidade de droga vasoativa, suporte ventilatório ou critérios de UTI: acionar CROSS precocemente e preparar transporte avançado.

SINAIS DE GRAVIDADE Critérios maiores: choque séptico com droga vasoativa ou insuficiência respiratória.
Critérios menores da fonte: FR >30, PaO₂/FiO₂ <250, infiltrado multilobar, confusão, uremia, leucopenia, trombocitopenia, hipotermia e hipotensão com necessidade de ressuscitação.

LIMITE DA FONTE O material não detalha volumes de fluidos, drogas vasoativas, VNI/IOT ou metas para DPOC. Aplicar protocolos municipais específicos de sepse e via aérea quando existirem.

PAC GRAVE, SEPSE E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA



ABCDE

- Área monitorizada / Sala Vermelha
- **ABCDE** • oximetria contínua • acesso venoso • glicemia
- Oxigênio titulado à resposta clínica — SpO₂ 95% quando não houver condição de retenção de CO₂ especificada
- Antimicrobianos conforme cenário e reavaliação seriada
- **CROSS** precoce: choque, DVA, suporte ventilatório ou critérios de UTI

SINAIS DE GRAVIDADE

MAIORES: choque séptico com droga vasoativa • insuficiência respiratória

MENORES: FR >30 • PaO₂/FiO₂ <250 • infiltrado multilobar • confusão • uremia • leucopenia • trombocitopenia • hipotermia • hipotensão com necessidade de ressuscitação

LIMITE DA FONTE

Não detalha fluidos, DVA, VNI/IOT ou metas para DPOC. Aplicar protocolos municipais específicos de sepse e via aérea.

12. Criança e adolescente: fluxo de segurança

O documento-fonte não apresenta esquema diagnóstico, critérios de gravidade ou doses pediátricas. Portanto, esta versão não padroniza antimicrobianos pediátricos. Haverá conteúdo específico em outro protocolo.

Na criança com suspeita de PAC	Conduta segura
Avaliar	Estado geral, esforço respiratório, capacidade de ingerir líquidos, cianose, alteração de consciência, oximetria quando disponível e comorbidades.
Encaminhar imediatamente ao PS/Sala Vermelha	Hipoxemia, exaustão respiratória, incapacidade de alimentar/hidratar, alteração de consciência, instabilidade ou piora rápida.
Tratamento	Utilizar protocolo pediátrico institucional/referência atualizada, com dose por peso e idade; não extrapolar dose do adulto.

PONTO DE SEGURANÇA Toda criança com doença respiratória e sinais de esforço deve ser reavaliada em curto intervalo, independentemente de radiografia disponível.

13. Idoso, gestante, imunossuprimido e comorbidades

População	Abordagem operacional
Idoso/frágil	Baixo limiar para observação/internação; avaliar estado funcional, cognição, suporte familiar, deglutição e risco de aspiração.
Gestante	Avaliação conjunta precoce com referência obstétrica; a fonte não fornece esquema antimicrobiano gestacional.
Imunossuprimido	Não presumir PAC simples; ampliar avaliação e regular precocemente conforme instabilidade/recursos.
DPOC/cardiopatia/DRC	Diferencial ampliado, checagem de saturação e função renal quando disponível; não usar escore como único critério.

ALERTA Ajuste de dose por função renal, alergias, interações e contraindicações deve ser checado antes da prescrição. A fonte enviada não permite padronizar esses ajustes.

14. Aspiração, influenza, COVID-19 e outros diferenciais

Microaspiração é especialmente relevante em pessoas debilitadas, idosas ou com dificuldade de deglutição. Influenza, COVID-19, TEP, exacerbação de DPOC/asma, edema pulmonar e derrame pleural devem ser considerados conforme história, exame e epidemiologia local.

CONDUTA Aplicar precauções e testes conforme fluxos institucionais vigentes. A suspeita de virose não exclui coinfeção bacteriana no raciocínio exposto pela fonte.

LIMITE DA FONTE Não há esquemas específicos para influenza, COVID-19 ou pneumonia aspirativa no documento fornecido; não foram adicionadas recomendações externas.

15. Terapias adjuvantes e prevenção de erros

Intervenção	Posição da fonte
Corticosteroide	Não usar de rotina. A fonte o restringe a PAC grave/critério de UTI, choque séptico ou necessidade de suporte ventilatório.
Opções de corticosteroide citadas na fonte	Hidrocortisona 200 mg/dia (ex.: 50 mg 6/6 h); Metilprednisolona 40–80 mg/dia; dexametasona 6 mg/dia por 7 dias — exigir validação médica e considerar riscos.
Mucolítico	Guidelines citados na fonte não recomendam de rotina; ambroxol/bromexina têm evidência baixa. Ambroxol citado: 30 mg 3x/dia, 5 mL 8/8 h por 5 dias.
Anti-histamínico / Acebrofilina / N-Acetilcisteína	Não recomendados rotineiramente para PAC pela síntese da fonte.
Nebulização	Somente se broncoespasmo associado, segundo a fonte.

ERRO FREQUENTE Prescrever corticoide, anti-histamínico ou mucolítico como “pacote” automático. Priorize oxigenação, antibiótico quando indicado, hidratação/monitorização individualizada e reavaliação.

16. Critérios de alta, reavaliação e seguimento APS

Critérios clínicos citados para alta	Plano obrigatório
Afebril; FC <100; FR <24; PAS >90; SpO ₂ >90; estado mental normal; melhora sustentada e condição de via oral.	Prescrição legível; orientação de adesão; retorno em 48–72 h; explicação de sinais de alarme; vinculação à UBS/ESF.
A fonte também exemplifica paciente com FR <20, SpO ₂ >90, PAS >90 e sensório normal após boa evolução.	Confirmar apoio familiar/transporte/capacidade de retorno; documentar decisão compartilhada.

ALERTA Não dar alta por melhora isolada de febre se persistirem hipoxemia, taquipneia, instabilidade, confusão, incapacidade de ingerir medicamentos ou barreira importante de retorno.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) 2026

15. TERAPIAS ADJUVANTES E PREVENÇÃO DE ERROS



CORTICOSTEROIDE
Não usar de rotina. Restringir a PAC grave/UTI, choque séptico ou suporte ventilatório.



MUCOLÍTICO
Não recomendado de rotina; evidência baixa. Ambroxol: 30 mg 3x/dia, 5 mL 8/8 h por 5 dias.



ANTI-HISTAMÍNICO • ACEBROFILINA • N-ACETILCISTEÍNA
Não recomendados rotineiramente para PAC.



NEBULIZAÇÃO
Somente se broncoespasmo associado.



ERRO FREQUENTE
Não prescrever corticoide, anti-histamínico ou mucolítico como pacote automático.



Priorize oxigenação, antibiótico quando indicado, hidratação/monitorização individualizada e reavaliação.

16. ALTA, REAVALIAÇÃO E SEGUIMENTO APS



CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ALTA

Afebril • FC <100 • FR <24 • PAS >90 • SpO₂ >90 • estado mental normal • melhora sustentada • via oral



PLANO OBRIGATÓRIO

Prescrição legível • adesão • retorno em 48–72 h • sinais de alarme • vínculo UBS/ESF



CONFIRMAR

Apoio familiar • transporte • capacidade de retorno • decisão compartilhada documentada



ALERTA

Não dar alta por melhora isolada da febre se persistirem hipoxemia, taquipneia, instabilidade, confusão, incapacidade de ingerir medicamentos ou barreira importante de retorno.



17. Critérios objetivos para CROSS, vaga zero e transporte

Indicar regulação precoce	Justificativa
Choque com necessidade de droga vasoativa	Critério maior de UTI citado na fonte; demanda suporte não garantido no PS de pequeno porte.
Insuficiência respiratória / necessidade de suporte ventilatório	Risco de deterioração durante espera e transporte.
≥3 critérios menores de gravidade ou PAC multilobar/complicada	Necessidade de leito crítico e investigação/tratamento de maior complexidade.
Derrame parapneumônico, empiema ou necessidade de drenagem não disponível	A fonte destaca risco de evolução desfavorável e necessidade de internação/condução adequada.
Piora progressiva apesar das medidas iniciais ou limitação crítica local	Transferência deve ser acionada antes de esgotar a capacidade assistencial.

CONDUTA Vaga zero deve ser considerada quando o risco de manter o paciente localmente supera o risco do transporte, com estabilização possível, comunicação documentada e equipe/ambulância adequadas ao suporte necessário.

CRITÉRIOS OBJETIVOS PARA CROSS, VAGA ZERO E TRANSPORTE

Indicar regulação precoce

CRITÉRIO	JUSTIFICATIVA
 CHOQUE COM NECESSIDADE DE DROGA VASOATIVA	Critério maior de UTI; demanda suporte não garantido no PS de pequeno porte. 
 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA / NECESSIDADE DE SUPORTE VENTILATÓRIO	Risco de deterioração durante espera e transporte. 
 ≥3 CRITÉRIOS MENORES DE GRAVIDADE OU PAC MULTILOBAR/COMPLICADA	Necessidade de leito crítico e investigação/tratamento de maior complexidade. 
 DERRAME PARAPNEUMÔNICO, EMPIEMA OU NECESSIDADE DE DRENAGEM NÃO DISPONÍVEL	Risco de evolução desfavorável e necessidade de internação/condução adequada. 
 PIORA PROGRESSIVA APESAR DAS MEDIDAS INICIAIS OU LIMITAÇÃO CRÍTICA LOCAL	Transferência deve ser acionada antes de esgotar a capacidade assistencial. 

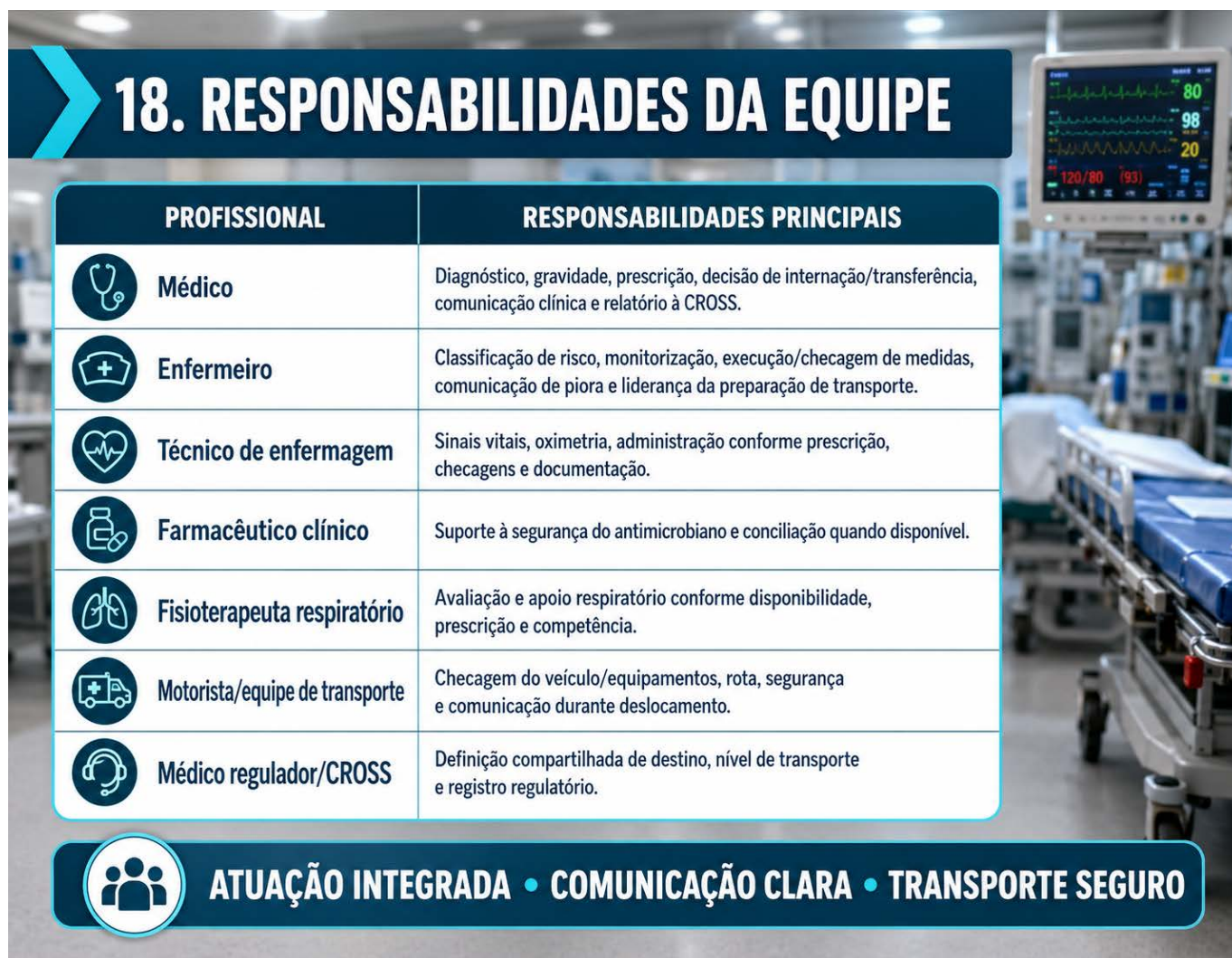


CONDUTA — Vaga zero deve ser considerada quando o risco de manter o paciente localmente supera o risco do transporte, com estabilização possível, comunicação documentada e equipe/ambulância adequadas ao suporte necessário.



18. Responsabilidades da equipe

Profissional	Responsabilidades principais
Médico	Diagnóstico, gravidade, prescrição, decisão de internação/transferência, comunicação clínica e relatório à CROSS.
Enfermeiro	Classificação de risco, monitorização, execução/checagem de medidas, comunicação de piora e liderança da preparação de transporte.
Técnico de enfermagem	Sinais vitais, oximetria, administração conforme prescrição, checagens e documentação.
Farmacêutico clínico	Suporte à segurança do antimicrobiano e conciliação quando disponível.
Fisioterapeuta respiratório	Avaliação e apoio respiratório conforme disponibilidade, prescrição e competência.
Motorista/equipe de transporte	Checagem do veículo/equipamentos, rota, segurança e comunicação durante deslocamento.
Médico regulador/CROSS	Definição compartilhada de destino, nível de transporte e registro regulatório.





18. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADES PRINCIPAIS
 Médico	Diagnóstico, gravidade, prescrição, decisão de internação/transferência, comunicação clínica e relatório à CROSS.
 Enfermeiro	Classificação de risco, monitorização, execução/checagem de medidas, comunicação de piora e liderança da preparação de transporte.
 Técnico de enfermagem	Sinais vitais, oximetria, administração conforme prescrição, checagens e documentação.
 Farmacêutico clínico	Suporte à segurança do antimicrobiano e conciliação quando disponível.
 Fisioterapeuta respiratório	Avaliação e apoio respiratório conforme disponibilidade, prescrição e competência.
 Motorista/equipe de transporte	Checagem do veículo/equipamentos, rota, segurança e comunicação durante deslocamento.
 Médico regulador/CROSS	Definição compartilhada de destino, nível de transporte e registro regulatório.



ATUAÇÃO INTEGRADA • COMUNICAÇÃO CLARA • TRANSPORTE SEGURO

19. Checklist de estabilização antes da transferência

- ☐ Identificação, resumo clínico, alergias, comorbidades e medicações conferidos.
- ☐ Sinais vitais e oximetria documentados com tendência; monitorização adequada ao risco.
- ☐ Via aérea avaliada; oxigênio/dispositivo definido, reserva de O₂ calculada e checada.
- ☐ Acesso venoso pérvio; medicações em curso, horários e diluições identificados.
- ☐ Antimicrobiano iniciado quando indicado; horário da primeira dose registrado.
- ☐ Exames/imagens disponíveis enviados; sem atrasar saída por exame não essencial.
- ☐ Relatório CROSS, prescrição, identificação e contato do serviço de origem acompanhando paciente.
- ☐ Equipe e ambulância compatíveis com suporte necessário; comunicação de passagem realizada.

PONTO DE SEGURANÇA Reavaliar imediatamente antes da saída e registrar qualquer mudança de condição; o transporte é continuação do cuidado, não mera logística.

20. Modelo resumido de comunicação para CROSS

Use comunicação estruturada (situação, contexto, avaliação e recomendação), com dados objetivos e tendência clínica.

Campo	Preencher
Identificação	Nome, idade, CNS/registo, município e unidade.
Situação	Suspeita/diagnóstico de PAC; tempo de sintomas; motivo da solicitação.
Gravidade	Sinais vitais atuais e tendência; SpO ₂ /dispositivo de O ₂ ; nível de consciência; CRB-65/CURB-65/PSI quando aplicável.
Exames	Radiografia e principais resultados disponíveis; suspeita de derrame/multilobar.
Tratamento	Oxigênio, acesso, fluidos, antimicrobianos, horário da primeira dose e resposta.
Necessidade	Leito clínico/UTI, drenagem, suporte ventilatório ou especialidade; condição para transporte e tipo de ambulância.



21. Prevenção e educação em saúde

- Atualizar vacinação conforme calendário e protocolos vigentes; o documento-fonte menciona o papel das vacinas, mas não traz esquema específico.
- Estimular cessação do tabagismo e controle de comorbidades.
- Orientar higiene das mãos e etiqueta respiratória.
- Explicar sinais de retorno: piora da falta de ar, febre persistente/recorrente, confusão, prostração, incapacidade de ingerir líquidos/medicamentos, dor torácica importante ou nova piora após alta.

PONTO DE SEGURANÇA Entregar orientação por escrito e registrar compreensão do paciente/família.

22. Indicadores de qualidade assistencial

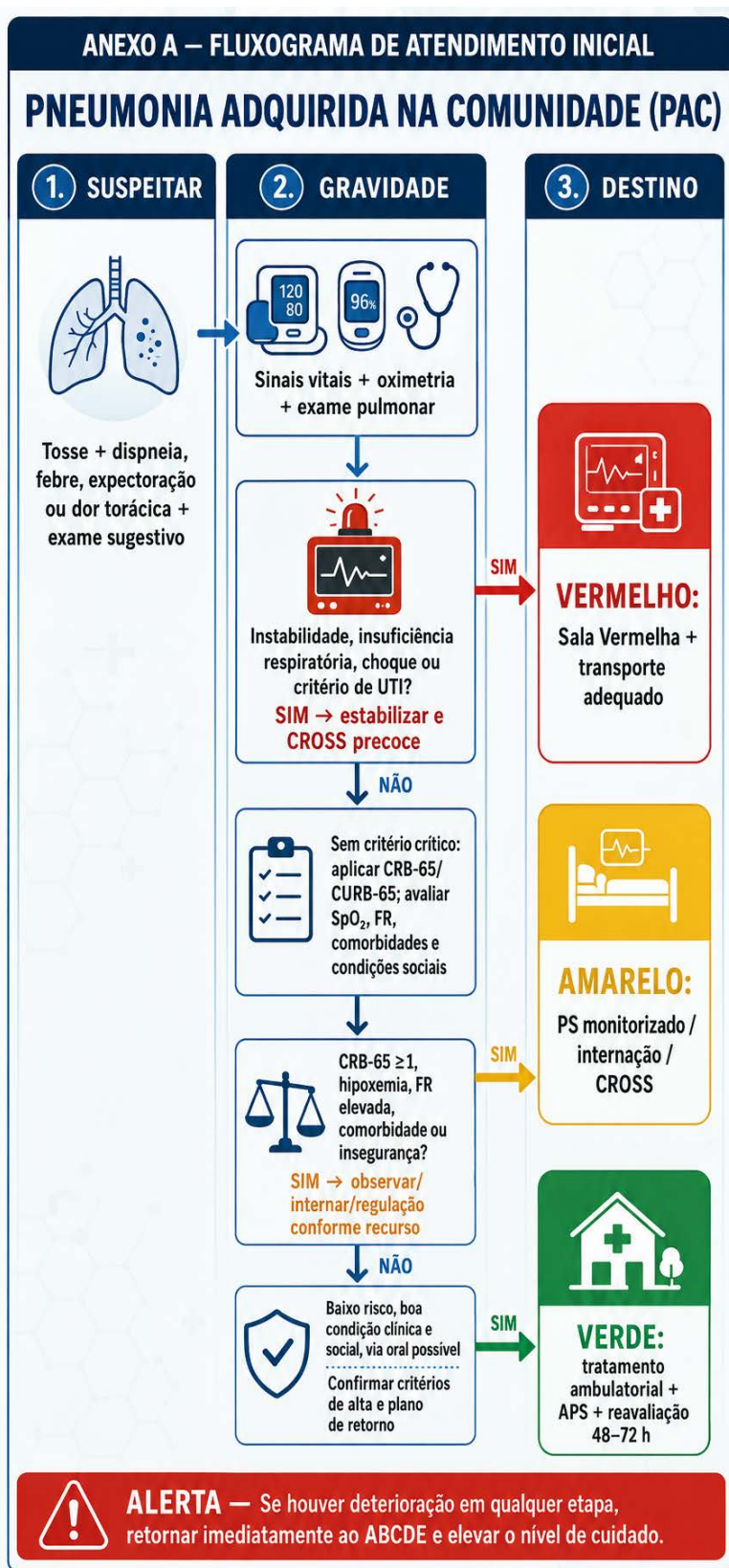
Indicador	Cálculo / uso
Oximetria documentada	Nº de suspeitas de PAC com SpO ₂ registrada / total de suspeitas.
Gravidade registrada	Nº com CRB-65/CURB-65 ou justificativa clínica documentada / total.
Tempo até primeira dose	Mediana entre decisão clínica e administração no paciente internado/grave.
Reavaliação pós-alta	Nº com retorno/contato registrado em 48–72 h quando indicado / total de altas.
Transferência segura	Nº de transferências com checklist completo / total de transferências.
Retorno não programado	Retornos em até 72 h e desfecho; usar para auditoria, não para punição.

23. Plano de treinamento e simulação realística

Atividade	Frequência sugerida	Competência avaliada
Treinamento teórico curto	Semestral	Diagnóstico clínico, sinais de alarme, CRB-65 e fluxos.
Simulação de PAC grave	Trimestral	ABCDE, oxigenação, monitorização, primeira dose e acionamento CROSS.
Simulação de transporte	Semestral	Checklist, comunicação SBAR, reserva de O ₂ e passagem de caso.
Auditoria de casos	Mensal/trimestral	Oportunidades de melhora, tempo, documentação e eventos.

CONDUTA Debriefing breve, sem culpabilização, com plano de melhoria e responsável definido.

24. ANEXO A — Fluxograma colorido de atendimento inicial.



25. ANEXO B — Checklist rápido para médico e enfermagem

- ☐ Queixa, tempo de evolução e retorno prévio revisados.
- ☐ FC, FR, PA, temperatura, SpO₂ e estado mental registrados.
- ☐ Ausculta e sinais de esforço respiratório documentados.
- ☐ CRB-65/CURB-65 e fatores não capturados pelo escore avaliados.
- ☐ Alergias, comorbidades, antibiótico recente e capacidade de via oral checados.
- ☐ Exames/radiografia solicitados conforme disponibilidade, sem atrasar cuidado crítico.
- ☐ Antimicrobiano, horário e resposta documentados quando indicado.
- ☐ Plano: alta / observação / internação / Sala Vermelha / CROSS definido.
- ☐ Orientações e sinais de alarme entregues e registrados.

26. ANEXO C — Tabela de sinais de gravidade e critérios de internação/transferência

Domínio	Alerta / critério	Ação
Respiratório	FR >30, hipoxemia, insuficiência respiratória, infiltrado multilobar.	Sala Vermelha/UTI/CROSS conforme suporte local.
Hemodinâmico	Hipotensão, necessidade de ressuscitação ou droga vasoativa.	Suporte imediato e regulação precoce.
Neurológico	Confusão, desorientação ou rebaixamento.	Investigar gravidade; não usar escore isolado.
Laboratorial quando disponível	Uremia, leucopenia, trombocitopenia.	Integrar à gravidade e considerar leito de maior complexidade.
Complicação	Derrame parapneumônico/empiema ou recurso necessário indisponível.	Internação e transferência para capacidade resolutive.

ANEXOS B E C — CHECKLIST RÁPIDO E SINAIS DE GRAVIDADE


CHECKLIST RÁPIDO – MÉDICO E ENFERMAGEM

- ☐ **1**  Queixa, tempo de evolução e retorno prévio revisados.
- ☐ **2**  FC, FR, PA, temperatura, SpO₂ e estado mental registrados.
- ☐ **3**  Ausculta e sinais de esforço respiratório documentados.
- ☐ **4**  CRB-65/CURB-65 e fatores não capturados pelo escore avaliados.
- ☐ **5**  Alergias, comorbidades, antibiótico recente e capacidade de via oral checados.
- ☐ **6**  Exames/radiografia conforme disponibilidade, sem atrasar cuidado crítico.
- ☐ **7**  Antimicrobiano, horário e resposta documentados quando indicado.
- ☐ **8**  Plano: alta / observação / internação / Sala Vermelha / CROSS definido.
- ☐ **9**  Orientações e sinais de alarme entregues e registrados.


SINAIS DE GRAVIDADE E DESTINO ASSISTENCIAL

DOMÍNIO	ALERTA / CRITÉRIO	AÇÃO
 Respiratório	FR >30, hipoxemia, insuficiência respiratória, infiltrado multilobar.	 Sala Vermelha/UTI/CROSS conforme suporte local.
 Hemodinâmico	Hipotensão, necessidade de ressuscitação ou droga vasoativa.	 Suporte imediato e regulação precoce.
 Neurológico	Confusão, desorientação ou rebaixamento.	 Investigar gravidade; não usar escore isolado.
 Laboratorial quando disponível	Uremia, leucopenia, trombocitopenia.	 Integrar à gravidade e considerar leito de maior complexidade.
 Complicação	Derrame parapneumônico/empiema ou recurso necessário indisponível.	 Internação e transferência para capacidade resolutive.


NÃO ATRASE ESTABILIZAÇÃO OU TRANSFERÊNCIA QUANDO HOUVER GRAVIDADE.


27. ANEXO D — Modelo PRESCRIÇÃO NO HOSP (adulto; fonte enviada)

Modelo orientador para paciente com PAC de risco intermediário/alto, devendo ser individualizado e validado na prescrição eletrônica/local.

Item	Prescrição / observação
Monitorização	Sinais vitais seriados, oximetria; monitorização contínua no grave.
Oxigênio	Titular por resposta clínica; documentar dispositivo e fluxo.
Acesso/exames	Acesso venoso; hemograma, ureia, creatinina, sódio, glicemia, gasometria e RX conforme disponibilidade/indicação.
Antimicrobiano fonte	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 h + claritromicina 500 mg 12/12 h (conforme documento-fonte).
Febre/dor	Dipirona 1 g IV é exemplificada pela fonte no caso clínico; individualizar contraindicações.
Reavaliação	Resposta clínica, SpO ₂ , FR, PA, estado mental, necessidade de leito/CROSS.

PONTO DE SEGURANÇA Confirmar alergia, função renal, interação medicamentosa, disponibilidade e adequação para o paciente antes de liberar prescrição.

PRESCRIÇÃO NO HOSP — PAC ADULTO

Modelo orientador para PAC de risco intermediário/alto. Individualizar e validar na prescrição eletrônica/local.

ITEM	PRESCRIÇÃO / OBSERVAÇÃO
 MONITORIZAÇÃO	Sinais vitais seriados, oximetria; monitorização contínua no grave.
 OXIGÊNIO	Titular por resposta clínica; documentar dispositivo e fluxo.
 ACESSO / EXAMES	Acesso venoso; hemograma, ureia, creatinina, sódio, glicemia, gasometria e RX conforme disponibilidade/indicação.
 ANTIMICROBIANO FONTE	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 h + claritromicina 500 mg 12/12 h (conforme documento-fonte).
 FEBRE / DOR	Dipirona 1 g IV é exemplificada pela fonte no caso clínico; individualizar contraindicações.
 REAValiação	Resposta clínica, SpO ₂ , FR, PA, estado mental, necessidade de leito/CROSS.



PONTO DE SEGURANÇA

Confirmar alergia, função renal, interação medicamentosa, disponibilidade e adequação para o paciente antes de liberar prescrição.

28. ANEXO E — Modelo PRESCRIÇÃO PARA CASA (adulto; fonte enviada)

ANEXO E — PRESCRIÇÃO PARA CASA

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC) | ADULTO



MODELO ORIENTADOR — individualizar conforme avaliação clínica e critérios desta versão



ANTIMICROBIANO — BAIXO RISCO

Amoxicilina 1 g VO 8/8 h por 3–5 dias,
se elegível conforme critérios desta versão.



ALTERNATIVAS CITADAS

Cefuroxima 500 mg VO 12/12 h OU
claritromicina 500 mg VO 12/12 h,
por 3–5 dias.



COMORBIDADE / ANTIBIÓTICO RECENTE

Amoxicilina/clavulanato + macrolídeo
por 3–7 dias. Doses de combinação
não especificadas na fonte:
VALIDAR ANTES DE USO.



ADJUVANTE OPCIONAL

Ambroxol 5 mL VO 8/8 h por 5 dias.
Evidência baixa; não é rotina.



ORIENTAÇÕES

Hidratação conforme tolerância •
Não interromper o antimicrobiano sem
orientação • Retornar em 48–72 h •
Sinais de alarme por escrito.



PONTO DE SEGURANÇA

Confirmar alergias, comorbidades, função renal,
interações medicamentosas e capacidade de via oral
antes da liberação.



RETORNO IMEDIATO: piora da falta de ar, confusão,
incapacidade de ingerir líquidos/medicamentos, piora
clínica ou dificuldade de retorno.



RETORNAR EM 48–72 h OU ANTES, SE HOUVER PIORA.

29. ANEXO F — Relatório para CROSS

PAC [suspeita/confirmada] em paciente de [idade] anos, com início há [tempo]. Comorbidades: []. Alergias: []. Estado atual: PA [], FC [], FR [], T [], SpO₂ [] em [dispositivo/fluxo], consciência []. CRB-65/CURB-65 []. Exame: []. RX/exames: []. Tratamento realizado: O₂ [], acesso [], antimicrobiano [dose/via/hora], outros []. Evolução: []. Necessita [leito clínico/UTI/suporte ventilatório/drenagem/especialidade]. Solicito regulação e definição de transporte [USB/USA], pois [justificativa objetiva].

30. ANEXO G — Erros frequentes e como evitá-los

Erro	Como evitar
Descartar PAC com RX precoce normal	Manter integração clínica e reavaliar evolução.
Confiar apenas no CRB-65	Incluir SpO ₂ , FR limítrofe, comorbidade, suporte social e tendência.
Atrasar transferência até falência avançada	Acionar CROSS cedo quando há risco/limite de recurso.
Usar corticoide rotineiro	Restringir à PAC grave/indicação selecionada da fonte.
Prescrever adjuvantes sem objetivo	Explicar baixa evidência e priorizar medidas essenciais.
Alta sem orientação ou sem retorno possível	Usar checklist, sinais de alarme escritos e vinculação APS.



PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA — 2026





ANEXO F — RELATÓRIO PARA CROSS

	PAC [suspeita/confirmada] em paciente de [idade] anos, com início há [tempo].
	Comorbidades: [] Alergias: []
	Estado atual: PA [] • FC [] • FR [] • T [] • SpO ₂ [] em [dispositivo/fluxo]
	Consciência [] CRB-65/CURB-65 []
	Exame: []
	RX/exames: []
	Tratamento realizado: O ₂ [] • acesso [] • antimicrobiano [dose/via/hora] • outros []
	Evolução: []
	Necessita: [leito clínico/UTI/suporte ventilatório/drenagem/especialidade]
	Solicito regulação e definição de transporte [USB/USA], pois [justificativa objetiva].

ANEXO G — ERROS FREQUENTES E COMO EVITÁ-LOS

ERRO	COMO EVITAR
 Descartar PAC com RX precoce normal	Manter integração clínica e reavaliar evolução.
 Confiar apenas no CRB-65	Incluir SpO ₂ , FR limítrofe, comorbidade, suporte social e tendência.
 Atrasar transferência até falência avançada	Acionar CROSS cedo quando há risco/limite de recurso.
 Usar corticoide rotineiro	Restringir à PAC grave/indicação selecionada da fonte.
 Prescrever adjuvantes sem objetivo	Explicar baixa evidência e priorizar medidas essenciais.
 Alta sem orientação ou sem retorno possível	Usar checklist, sinais de alarme escritos e vinculação APS.


ALERTA: NÃO ATRASE A REGULAÇÃO DIANTE DE RISCO CLÍNICO OU LIMITE DE RECURSO LOCAL.

31. ANEXO H — Mensagens-chave para Sala Vermelha

MENSAGENS-CHAVE PARA SALA VERMELHA

1.



1. PAC É DIAGNÓSTICO CLÍNICO INTEGRADO; NÃO ESPERE O EXAME PARA RECONHECER O GRAVE.

2.



2. FR ALTA, SpO₂ BAIXA, CONFUSÃO, HIPOTENSÃO E PIORA RÁPIDA IMPORTAM MESMO COM ESCORE BAIXO.

3.



3. CHOQUE, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, CRITÉRIOS DE UTI OU COMPLICAÇÃO SEM RECURSO LOCAL = **ESTABILIZAR E REGULAR CEDO.**

4.



4. PRIMEIRA DOSE DO ANTIMICROBIANO E HORÁRIO DEVEM CONSTAR NO PRONTUÁRIO E NA PASSAGEM PARA TRANSPORTE.

5.



5. ALTA SOMENTE COM ESTABILIDADE CLÍNICA, VIA ORAL, SUPORTE/RETORNO E ORIENTAÇÃO ESCRITA.

33. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [AIDPI – Ministério da Saúde](#).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de Vigilância Integrada da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios de Importância em Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 45/2026-CGIC/DPNI/SVSA/MS: diretrizes para uso da vacina pneumocócica conjugada 20-valente (VPC20) em estratégias especiais no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2026. [Documento oficial](#).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
5. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.077/2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Brasília, DF: CFM; 2014. [Texto oficial](#).
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.110/2014**. Normatiza o funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, incluindo fluxos de regulação e transporte. Brasília, DF: CFM; 2014. [Informações oficiais](#).
7. CORRÊA, R. A. et al. **Recommendations for the management of community-acquired pneumonia in adults**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 44, n. 5, p. 405–423, 2018. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. [Diretriz](#).
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pneumologia. **Pneumonia adquirida na comunidade na infância**. Rio de Janeiro: SBP; 2018. [Documento científico](#).
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pneumologia. **Pneumonias adquiridas na comunidade complicadas: atualização 2024**. Rio de Janeiro: SBP; 2024. [Documento científico](#).
10. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Guia de imunização SBIIm/SBPT: pneumologia 2024–2025**. São Paulo: SBIIm; 2024. [Guia](#).
11. METLAY, J. P. et al. **Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia: an official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America**. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 200, n. 7, p. e45–e67, 2019. doi:10.1164/rccm.201908-1581ST.
12. PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI. Departamento Municipal de Saúde. **Protocolos municipais vigentes de sepse, via aérea, transporte inter-hospitalar, regulação CROSS e Sala Vermelha**. Itariri, SP; versão vigente.

As referências 5 e 6 sustentam especificamente os capítulos de urgência, comunicação regulatória, vaga zero, documentação e transporte. As referências 7 a 11 sustentam o conteúdo clínico de PAC adulta, pediátrica e prevenção vacinal.

APROVAÇÃO INSTITUCIONAL Elaborado para revisão técnica multidisciplinar.

Data de revisão programada: ____ / ____ / ____ . Responsáveis: _____.

4 QUADROS CLÍNICOS DE PAC

1. PAC LEVE — MANEJO AMBULATORIAL

Perfil clínico: adulto jovem ou sem fragilidade importante, consciente, orientado, hidratado e sem desconforto respiratório relevante.

Sintomas: tosse recente, com ou sem expectoração; febre baixa; mal-estar; dor torácica leve relacionada à tosse; dispneia ausente ou discreta; tolerância preservada à alimentação e à medicação por via oral.

Avaliação clínica: sinais vitais estáveis; FR < 30 irpm; SpO₂ ≥ 92% em ar ambiente; PA preservada; sem confusão mental; sem sinais de sepse, hipoperfusão ou exaustão respiratória. Confirmar suspeita por avaliação clínica e radiografia de tórax quando disponível e indicada.

Classificação de gravidade: baixo risco — **CRB-65 = 0**.

CRB-65 considera: confusão mental, FR ≥ 30 irpm, PAS < 90 mmHg ou PAD ≤ 60 mmHg e idade ≥ 65 anos.

Tratamento na unidade: avaliação clínica completa, oximetria, orientação de hidratação, analgesia/antitérmico se necessário e início de antimicrobiano oral conforme protocolo municipal e perfil clínico.

Prescrição para casa: antimicrobiano oral conforme protocolo; repouso relativo; hidratação frequente; antitérmico/analgésico se necessário; retorno programado em 48–72 horas quando houver dúvida de evolução ou maior vulnerabilidade.

Destino e prognóstico: alta com seguimento na UBS/ambulatório. Prognóstico geralmente favorável, desde que haja adesão ao tratamento, suporte familiar e acesso rápido ao retorno.

Sinais de retorno imediato: piora da falta de ar, febre persistente, confusão, lábios arroxeados, incapacidade de ingerir líquidos ou medicamentos, redução importante da diurese ou prostração progressiva.

2. PAC MODERADA — OBSERVAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E DEFINIÇÃO DE INTERNAÇÃO

Perfil clínico: adulto mais velho ou paciente com comorbidades relevantes — DPOC, cardiopatia, diabetes, doença renal, imunossupressão ou fragilidade social — com quadro respiratório mais sintomático, porém sem choque ou falência orgânica manifesta.

Sintomas: febre alta ou persistente; tosse produtiva; expectoração purulenta; dor pleurítica; taquipneia; fadiga importante; redução da ingesta; dispneia aos pequenos esforços.

Avaliação clínica: FR entre 24 e 30 irpm; SpO₂ em torno de 90–92% em ar ambiente ou necessidade inicial de oxigênio; PA ainda preservada; sem alteração importante do nível de consciência; presença de comorbidades ou dificuldade de suporte domiciliar.

Classificação de gravidade: risco intermediário — **CRB-65 = 1–2**. Considerar CURB-65, PSI, extensão radiológica, comorbidades, capacidade de autocuidado e possibilidade de reavaliação precoce. O escore não substitui o julgamento clínico.

Tratamento na unidade: monitorização seriada de sinais vitais e oximetria; oxigênio suplementar quando indicado, com meta usual de SpO₂ 92–96% — individualizar em pacientes com retenção crônica de CO₂; acesso venoso; radiografia de tórax; hemograma, função renal, eletrólitos e outros exames conforme gravidade; antimicrobiano inicial conforme protocolo municipal.

Decisão de destino: observação clínica e reavaliação após medidas iniciais. Indicar internação quando houver hipoxemia persistente, instabilidade evolutiva, incapacidade de via oral, comorbidade descompensada, extensão radiológica importante ou ausência de suporte seguro em domicílio.

Prognóstico: geralmente favorável quando tratado oportunamente, porém com risco de deterioração nas primeiras horas. Requer vigilância, reavaliação estruturada e baixo limiar para internação.

3. PAC GRAVE — INTERNAÇÃO, SUPORTE E REGULAÇÃO PRECOCE

Perfil clínico: idoso ou adulto com doença clínica relevante, apresentando comprometimento respiratório ou hemodinâmico significativo, alteração do estado mental ou sinais de disfunção orgânica.

Sintomas: dispneia importante, fala entrecortada, fraqueza intensa, tosse intensa, febre elevada ou hipotermia, confusão mental nova, sonolência, redução de diurese e piora rápida do estado geral.

Avaliação clínica: FR ≥ 30 irpm; SpO₂ $< 90\%$ em ar ambiente ou hipoxemia persistente apesar de oxigênio; PAS < 90 mmHg ou PAD ≤ 60 mmHg; confusão mental; sinais de desidratação, hipoperfusão ou sepse. A radiografia pode mostrar infiltrado extenso, multilobar ou derrame pleural associado.

Classificação de gravidade: alto risco — **CRB-65 ≥ 3** , ou gravidade clínica incompatível com o escore isolado. Avaliar critérios de PAC grave, sepse e insuficiência respiratória aguda.

Tratamento na unidade: abordagem ABCDE; monitorização contínua; oxigênio suplementar e escalonamento do suporte respiratório conforme resposta; dois acessos venosos quando possível; coleta de exames, gasometria e lactato conforme disponibilidade; hemoculturas quando indicadas, sem atrasar o antimicrobiano; início precoce de antimicrobiano EV conforme protocolo; reposição volêmica individualizada e reavaliação frequente de perfusão e congestão.

Destino: internação hospitalar obrigatória. Acionar regulação/CROSS precocemente, antes da deterioração clínica, definindo necessidade de leito clínico monitorado ou UTI e modalidade de transporte.

Prognóstico: reservado. Há risco relevante de insuficiência respiratória, sepse, necessidade de suporte ventilatório e transferência inter-hospitalar.

4. PAC CRÍTICA COM SEPSE OU INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA — SALA VERMELHA E VAGA ZERO

Perfil clínico: paciente com pneumonia extensa e falência respiratória aguda, choque séptico ou rebaixamento importante do nível de consciência; frequentemente idoso, frágil ou portador de múltiplas comorbidades, mas possível em qualquer faixa etária adulta.

Sintomas: dispneia intensa em repouso, incapacidade de falar frases completas, sonolência ou agitação, prostração extrema, extremidades frias, cianose, redução acentuada da diurese e rápida piora clínica.

Avaliação clínica: hipoxemia persistente; FR muito elevada ou sinais de fadiga respiratória; hipotensão; taquicardia; alteração do nível de consciência; má perfusão periférica; lactato elevado quando disponível. Podem estar presentes necessidade de ventilação invasiva ou choque séptico com necessidade de vasopressor — critérios maiores de gravidade.

Classificação de gravidade: **PAC CRÍTICA** — insuficiência respiratória aguda e/ou sepse com disfunção orgânica. O CRB-65 pode ser elevado, mas a decisão deve ser imediata e baseada na condição clínica.

Tratamento na Sala

Vermelha: ABCDE imediato; monitorização contínua; oxigênio em alto fluxo conforme necessidade; preparo precoce para suporte ventilatório; acesso venoso calibroso; coleta de

exames e lactato sem retardar a terapêutica; antimicrobiano EV na primeira hora quando houver sepse/choque; reposição com cristalóide guiada por reavaliação clínica; vasopressor se hipotensão persistente após ressuscitação inicial; prevenção de hipotermia, hipoglicemia e complicações do transporte.

Destino: solicitação imediata de UTI e regulação pela CROSS. Considerar **vaga zero** quando houver risco iminente de morte e ausência de recurso local capaz de fornecer o suporte necessário. Transporte em USA quando houver instabilidade, suporte ventilatório avançado, vasopressor ou alto risco de deterioração.

Prognóstico: grave a muito reservado, com risco elevado de ventilação mecânica, falência de múltiplos órgãos e óbito. O prognóstico melhora com reconhecimento precoce, antimicrobiano oportuno, suporte adequado e transferência regulada sem atraso.

Mensagem de segurança para a arte: a estratificação deve integrar quadro clínico, oximetria, comorbidades, exames disponíveis, escore de gravidade e capacidade de seguimento — nunca apenas o CRB-65. A Sociedade Brasileira de Pneumologia reforça a avaliação individualizada da PAC; diretrizes também sustentam terapia orientada pela estabilidade clínica e gravidade.

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE — PAC

4 CASOS CLÍNICOS: TRIAGEM, GRAVIDADE E CONDUTA

1



PAC LEVE

BAIXO RISCO • CRB-65 = 0

QUADRO: tosse, febre baixa, sem confusão; PA estável, FR < 30, SpO₂ ≥ 92% AA.

CONDUTA: oximetria • RX se indicado • 1ª dose conforme protocolo.

CASA: antimicrobiano VO conforme protocolo • hidratação • antitérmico • retorno 48–72 h.

DESTINO/PROGNÓSTICO: DOMICILIAR • FAVORÁVEL

2



PAC MODERADA

RISCO INTERMEDIÁRIO • CRB-65 = 1-2

QUADRO: febre, dispnéia moderada, FR 24–30, SpO₂ 90–92% AA, comorbidades.

CONDUTA: monitorização • O₂ alvo 92–96% • acesso EV • RX/exames • antimicrobiano conforme protocolo.

CASA: somente após estabilidade, VO tolerada, suporte e retorno garantidos.

DESTINO/PROGNÓSTICO: OBSERVAÇÃO OU INTERNAÇÃO • REAVALIAR DE PERTO

3



PAC GRAVE

ALTO RISCO • CRB-65 ≥ 3

QUADRO: FR ≥ 30, SpO₂ < 90% AA, PAS < 90 ou PAD ≤ 60, confusão.

CONDUTA: ABCDE • monitorização contínua • O₂ • gasometria/exames • antimicrobiano EV precoce • avaliar sepse.

CASA: NÃO INDICADA.

DESTINO/PROGNÓSTICO: INTERNAÇÃO • CROSS PRECOCE • RESERVADO

4



PAC GRAVE COM SEPSE

CRÍTICO • INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

QUADRO: hipoxemia persistente, hipotensão, taquicardia, hipoperfusão, confusão/oligúria.

CONDUTA: ABCDE • O₂ alto fluxo/suporte ventilatório • lactato/exames • antimicrobiano EV ≤ 1 h • cristalóide com reavaliação • vasopressor se choque.

CASA: CONTRAINDICADA.

DESTINO/PROGNÓSTICO: SALA VERMELHA • UTI/VAGA ZERO • GRAVE/RESERVADO



SINAIS DE ALARME: SpO₂ < 90% • FR ≥ 30 irpm • confusão • hipotensão • cianose • piora rápida



PAC: integrar clínica, oximetria, comorbidades, escore e capacidade de seguimento.