



**RioSaúde**

**PROTOCOLO**

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

**RIO DE JANEIRO, SETEMBRO DE 2026**

**PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
  - 5.1 Porta de Entrada
  - 5.2. Classificação de Risco
  - 5.3. Médico do eixo verde
  - 5.4. NIR da unidade de origem
  - 5.5. Transferência do paciente para unidade de destino com TC
  - 5.6. NIR da unidade de destino
  - 5.7. Paciente regulado admitido na unidade de saúde com TC
  - 5.8. Emissão Laudo da Tomografia Computadorizada de Crânio
  - 5.9. Sala vermelha
6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
  - 6.1. Abertura do protocolo de AVC
  - 6.2. Parâmetros fisiológicos
  - 6.3. Manejo AVCi – Trombólise
  - 6.4. AVC hemorrágico

**RESUMO DE REVISÕES**

| MÊS/ANO | DESCRIÇÃO       | PRÓXIMA REVISÃO |
|---------|-----------------|-----------------|
| 09/2016 | Emissão Inicial | 09/2028         |
| 2       | Versão          |                 |

**APROVAÇÕES**

| REVISÃO              | CHEFIA          | COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS | NÚCLEO DE QUALIDADE | PRESIDÊNCIA/DIRETORIA |
|----------------------|-----------------|------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Marcos Aurélio Pinto | Tatiana Melgaço | Guilherme Santana                              | Cristiane Pacheco   | Bruno Sabino          |

## PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC

- 6.5. Alta Hospitalar do paciente AVC
- 6.6. Indicador do contrato de gestão e planejamento
- 7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
- 8. REFERÊNCIAS
- 9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
- 10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
- 11. ANEXOS

- 11.1. Anexo I - Abertura do protocolo de AVE na classificação de risco pelo enfermeiro
- 11.2. Anexo II - Escala de CINCINNATI
- 11.3. Anexo III - Abertura do atendimento no prontuário eletrônico pelo médico
- 11.4. Anexo IV - Abertura do protocolo de AVC pelo médico no sistema
- 11.5. Anexo V - Ficha do protocolo de AVC
- 11.6. Anexo VI - Sensibilizar o indicador de TC dentro do protocolo, caso o paciente se enquadre nos critérios de inclusão de AVC hiperagudo
- 11.7. Anexo VII - Visualização de vaga zero pelo NIR no TIMED
- 11.8. Anexo VIII - Escala de GLASGOW
- 11.9. Anexo IX - Escala de AVE NIH
- 11.10. Anexo X - Dose para o tratamento de AVEI
- 11.11. Anexo XI - Fluxograma de atendimento do paciente com AVCH E AVCI nas unidades de pronto atendimento

### RESUMO DE REVISÕES

| MÊS/ANO | DESCRIÇÃO       | PRÓXIMA REVISÃO |
|---------|-----------------|-----------------|
| 09/2016 | Emissão Inicial | 09/2028         |
| 2       | Versão          |                 |

### APROVAÇÕES

| REVISÃO              | CHEFIA          | COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS | NÚCLEO DE QUALIDADE | PRESIDÊNCIA/DIRETORIA |
|----------------------|-----------------|------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Marcos Aurélio Pinto | Tatiana Melgaço | Guilherme Santana                              | Cristiane Pacheco   | Bruno Sabino          |

## PROTOCOLO

| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 4/34    |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

## 1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma alteração súbita no fluxo sanguíneo cerebral, que compromete a oxigenação em alguma região do encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco cerebral), que promoverá lesões com potenciais danos transitórios, permanentes ou, até mesmo, a morte do indivíduo. CONITEC /MS, 2021).

Apesar de o termo AVE ser o termo anatomicamente mais adequado, há consenso das Sociedades Médicas de Neurologia que o mais importante é sensibilizar a população leiga (lato sensu) para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de insultos vâsculo-encefálicos agudo, desta maneira optou-se pelo termo AVC

Esse classifica-se em dois tipos: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVCi) - causado pela obstrução arterial e consequente alteração do fluxo sanguíneo e; Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVCh) - caracterizado pela formação de sangue no parênquima cerebral ou no sistema ventricular, sem trauma e sem hemorragia subaracnóidea (CONITEC /MS, 2021).

Considerando a importância de reduzir o tempo porta-agulha de pacientes com AVC isquêmico Hiperagudo, a RioSaúde apresenta este protocolo para Unidades de Pronto Atendimento - UPAs e Centros de Emergência Regional - CERs sob sua gestão. O objetivo é orientar decisões rápidas e precisas no cuidado deste insulto isquêmico hiperagudo, visando melhorar os desfechos e diminuir sequelas permanentes e óbitos.

## 2. OBJETIVO

Orientar a tomada de decisão precisa no atendimento ao paciente com AVC.

## 3. ABRANGÊNCIA

Unidades de Pronto Atendimento e Centros de Emergência Regional.

## 4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

### 4.1. Definições

**AVCi** - Evento vascular caracterizado como a obstrução de uma artéria, com consequente alteração do fluxo sanguíneo cerebral, causando a morte de células cerebrais.

**AVCh** - Evento vascular caracterizado como o rompimento de um vaso cerebral, provocando hemorragia, sendo definido como coleção focal de sangue dentro do parênquima cerebral ou sistema ventricular que não é causada por trauma. Esta hemorragia pode acontecer dentro do tecido cerebral ou na superfície entre o cérebro e a meninge.

| PROTOCOLO                                     |         |         |         |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 5/34    |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

**Ataque Isquêmico Transitório (AIT)** - Evento definido como episódio único de déficit neurológico focal agudo, com recuperação completa em até 60 minutos.

**AVC hiperagudo** - Evento vascular com Delta T  $\leq$  a 4h30, Cincinnati positivo e ausência de contraindicações para o uso de trombolíticos venosos; e déficit focal agudo e/ou coma agudo com início inferior a 4h30.

**AVC crônico** - Evento vascular que teve início de sintomas há mais de um mês, sem progressão.

## 4.2. Siglas

**AIT** – Acidente Isquêmico Transitório: Evento é definido como episódio único de déficit neurológico focal agudo, com recuperação completa em até 60 minutos.

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVCh** – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh)

**AVCi** – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

**CCDTI** – Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem.

**NIH** – National Institute of Health

**NIHSS** – National Institute of Health Stroke Scale

**TC** – Tomografia Computadorizada

**TCC** – Tomografia Computadorizada de Crânio

## 5. RESPONSABILIDADES

### 5.1. Porta de Entrada:

- Direcionar todos os usuários com suspeita de AVC a classificação de risco IMEDIATAMENTE;
- Acompanhar o paciente com suspeita de AVC até o Enfermeiro da Classificação de Risco (CR) com PRIORIDADE;
- Realizar a abertura do Boletim de Atendimento de Emergência (BAE) do paciente com o acompanhante ou o profissional que o acompanhou, enquanto o mesmo é classificado.

| PROTOCOLO                                     |         |         |         |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 6/34    |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

## 5.2. Classificação de Risco:

- Realizar e Registrar os Sinais vitais e Glicemia Capilar;
- Questionar e registrar o horário de início dos sintomas ou o último horário que o paciente foi visto assintomático;
- Abrir o Protocolo de AVC, na coluna correspondente conforme o item 11.1, para todos os pacientes com suspeita clínica de AVC, baseando-se na presença de déficit neurológico de início súbito, principalmente os déficits focais (fraqueza muscular, alteração sensitiva, dificuldade para falar, alteração visual, perda de equilíbrio ou incoordenação);
- Realizar escala de Cincinnati, item 11.2;
- Questionar sobre alergias, principalmente em relação ao contraste venoso e trombolítico, em caso positivo selecionar no sistema do TiMed, no campo alergia;
- Solicitar maqueiro para encaminhamento do paciente ao atendimento médico imediato;
- Acompanhar o paciente até o consultório médico e, se descartado AVC, seguir o fluxo normal de

## 5.3. Médico do eixo verde:

- Abrir o protocolo iniciado pelo enfermeiro no prontuário eletrônico, conforme item 11.3;
- Realizar anamnese e exame físico do paciente;
- Verificar os critérios de inclusão e exclusão de AVC;
- Prosseguir o fluxo do Protocolo, se for caso suspeito;
- Abrir o protocolo de AVC na aba de anamnese, caso ainda não tenha sido aberto pelo enfermeiro, conforme item 11.4;
- Preencher ou dar continuidade a ficha do protocolo de AVC, conforme o item 11.5;
- Fechar e justificar o protocolo de AVC caso o paciente se enquadre nos critérios de exclusão;

## PROTOCOLO

| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 7/34    |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

- Sensibilizar o indicador de TC dentro do protocolo, caso o paciente se enquadre nos critérios de inclusão de AVC hiperagudo, conforme item 11.6.

### 5.3.1. Unidade com TC:

- Acompanhar o paciente para realização da TC junto com o maqueiro;
- Internar o paciente na sala vermelha, até a emissão do laudo.

### 5.3.2. Unidade sem TC:

- Solicitar Vaga Zero para realização da TC (Informar dados clínicos que justifiquem o pedido de maneira objetiva);
- Enviar o paciente em Vaga Zero com o pedido médico de TCC **com indicação clínica** e/ou Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC);
- Conduzir o paciente para ambulância o mais breve possível para transporte em VAGA ZERO para AVC HIPERAGUDO com os seguintes documentos: exigidos: RG, CPF, pedido médico de TC).

### 5.4. NIR da unidade de origem:

- Visualizar as sinalizações do formulário de vaga zero através do painel de leitos, conforme item 11.7;
- Inserir na plataforma da Regulação o pedido de TCC (unidades sem TC);
- Verificar se a opção de tomografia foi selecionada no formulário do protocolo de AVC, conforme item 11.6. Caso não tenha sido, solicitar ao médico responsável pelo pedido que selecione;
- Imprimir a documentação clínica do paciente a ser transferido.

### 5.5. Transferência do paciente para unidade de destino com TC:

- Ambulância com médico;
- Enfermeiro e/ou técnico de enfermagem acompanhar o paciente na ambulância;

## PROTOCOLO

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008  | 09/2026 | 09/2030 | 8/34    |

### PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC

- Encaminhar o paciente já com um acesso venoso periférico (AVP) pérvio e monitorizado, devendo ser puncionado enquanto aguarda vaga zero ou durante o transporte;
- Puncionar dois AVP calibrosos, minimamente com calibre do dispositivo nº20, preferencialmente em membro que não haja alteração de força motora, enquanto aguarda o laudo da TC;
- Encaminhar o paciente com formulário de transporte seguro e documentos exigidos.

#### 5.6. NIR da unidade de destino:

- Comunicar à equipe assistencial o transporte do paciente em protocolo de AVC;
- Encaminhar, ao setor de Imagem, os dados do paciente inserido no protocolo de AVC e garantir que o aparelho esteja pronto para a realização do exame, no momento da chegada do paciente.

#### 5.7. Paciente regulado admitido na unidade de saúde com TC:

- Ao chegar na unidade de destino, encaminhar o paciente e médico do transporte para o setor de imagem, munidos do pedido de TCC;
- Direcionar ao NIR o familiar/acompanhante/profissional de saúde para abertura de Boletim de Atendimento Médico (BAM);
- Após realização da TCC, direcionar o paciente à sala vermelha da unidade para aguardar o laudo – manter vigilância intensiva.

#### 5.8. Emissão Laudo da Tomografia Computadorizada de Crânio:

- Médico responsável pela unidade deve solicitar Laudo ao Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem (CCDTI);
- O teleparecer deverá ser solicitado na Plataforma SMSRIO <https://web2.smsrio.org/>

#### 5.9. Sala Vermelha:

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 9/34    |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

**5.9.1. Equipe de enfermagem:**

- Admitir o paciente;
- Realizar a monitorização hemodinâmica do paciente;
- Puncionar dois AVP calibrosos, minimamente com calibre do dispositivo nº20, preferencialmente em membro que não haja alteração de força motora, enquanto aguarda o laudo da TC;
- Administrar trombolítico imediatamente após prescrição, em acesso venoso periférico exclusivo.

**5.9.2. Médico:**

- Avaliar, prioritariamente, o paciente em até 10 minutos;
- Realizar escala de Glasgow (Anexo 11.8);
- Aguardar liberação do Laudo da TCC;
- Realizar escala de NIHSS (Anexo 11.9) enquanto aguarda laudo avaliar critérios de inclusão e exclusão para trombólise.

**5.9.2.1. Laudo AVCi:**

- Solicitar Teleparecer em caso de dúvida do laudo da TCC e
- Reavaliar critérios de Trombólise (NIHSS);

**Ictus < 04:30h:**

- Prescrever trombolítico imediatamente após liberação do Laudo da TCC com critérios para trombólise (fórmula padrão: rtPA IV 0,9mg/kg - 10% bolus e 90% da dose em 1h em bomba infusora);
- Repetir TC após 24h da Trombólise ou imediatamente em caso de rebaixamento de nível de consciência ou piora na avaliação neurológica;

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008  | 09/2026 | 09/2030 | 10/34   |

**PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

- Realizar NIHSS a cada 30 minutos nas primeiras 6h;
- Acompanhamento clínico.

**5.9.2.2. Laudo apresentando AVCh:**

- Solicitar avaliação da neurocirurgia;

**Se paciente com critério cirúrgico:** Seguir o fluxo da neurocirurgia ou solicitar Vaga Zero (para Unidade com Neurocirurgia).

**Sem critério cirúrgico:** Permanecer em unidade de saúde com TC para acompanhamento e repeti-la em 24h.

**6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

**6.1. Abertura do protocolo de AVC:**

- Elegibilidade:

**Crítérios de inclusão:** Pacientes atendidos nas unidades com suspeita de AVC agudo, AIT e/ou Cincinnati positivo.

**Crítérios de exclusão:** Pacientes com sequelas de AVC crônica, sem história recente de novos sintomas.

- Abrir o protocolo no sistema sempre que avaliar um paciente com suspeita clínica de AVC agudo, conforme Anexo 11.4.
- Sensibilizar o indicador de TC dentro do protocolo de AVC.

**6.2. Parâmetros fisiológicos:**

- Monitoramento cardíaco não invasivo;
- Posicionamento do paciente - pacientes com suspeita de AVC e nível de consciência preservado devem ter cabeceira mantida a zero grau; se houver rebaixamento de consciência, deve-se manter a cabeceira a 30 graus (pelo risco de broncoaspiração);

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008  | 09/2026 | 09/2030 | 11/34   |

**PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

- Monitoramento respiratório e da saturação de oxigênio – Manter a saturação de oxigênio  $\geq 95\%$ , quando necessário utilizar Cateter Nasal, máscara de Hudson ou Máscara não reinalante com reservatório;
- Controle pressórico – Recomenda-se evitar o tratamento da pressão arterial elevada nas primeiras 24 horas do AVCI, exceto nos casos com níveis pressóricos extremamente elevados (pressão sistólica  $> 220$  mmHg ou pressão diastólica  $> 120$  mmHg); e naqueles com alguma condição clínica aguda concomitante que requeira redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecção de aorta). Nos casos com indicação ao tratamento trombolítico intravenoso, recomenda-se tratamento anti-hipertensivo quando os níveis forem  $\geq 185 \times 110$  mmHg. Em ambos os casos, é de extrema importância não realizar redução intensa ou abrupta da pressão arterial, e um alvo razoável pode ser uma redução inicial de 10 a 15% nos níveis pressóricos iniciais, acompanhada do monitoramento da função neurológica.
- Controle glicêmico – Na fase aguda do AVCI, é recomendável o monitoramento frequente do nível glicêmico, inicialmente de 04 em 04 horas, manter abaixo de 180 mg/dl, evitando também hipoglicemia. Sugestão de 20g-40g Glicose em 1000ml SF 0,9% em infusão contínua por 24 horas;
- Considerar intubação orotraqueal se Escala de Coma e Glasgow (ECG)  $\leq 8$  ou sinal clínico de insuficiência respiratória ( $pO_2 < 60$  mmHg ou  $pCO_2 > 50$  mmHg);
- Controle da temperatura corpórea – Manter a temperatura corpórea  $< 37,5^\circ\text{C}$  utilizando medicamentos antitérmicos, se necessário;
- Alimentação – Manter o paciente em dieta zero até que o diagnóstico esteja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral só deve ser liberada após avaliação da capacidade de deglutição;
- Hidratação – Manter o paciente euvolêmico por meio de soluções salinas isotônicas intravenosas. A manutenção da hidratação pode ser calculada, em princípio, estimando-se uma oferta diária de 30 ml/kg/dia. Evitar soluções glicosadas ou hipotônicas;
- Realizar escala de Glasgow e escala de AVC do NIH.

**6.3. Manejo AVCI – Trombólise:**

## PROTOCOLO

| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 12/34   |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

### 6.3.1. Inclusão e exclusão do tratamento com trombolítico:

#### Critérios de Inclusão:

- Déficit neurológico focal de início agudo;
- Início de sintomas há menos de 4,5 horas;
- Tomografia de Crânio sem Hemorragia intracraniana.

#### Critérios de Exclusão:

##### São critério de exclusão absolutos:

- Suspeita de dissecção aórtica aguda concomitante;
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnoide aguda concomitante;
- AVCi ou TCE grave nos últimos 3 meses;
- Cirurgia/trauma grave (não TCE) dentro de 2 semanas\*;
- História de hemorragia intracraniana espontânea prévia;
- Hemorragia urinária/digestiva nos últimos 21 dias\*;
- Presença de MAV ou aneurisma cerebral;
- Punção arterial recente (7 dias) em sítio não compressível;
- Punção liquórica recente (7 dias);
- PAS > 185 mmHg ou PAD > 110 mmHg;
- Uso de varfarina e INR > 1,7;
- Uso de heparina com TTPA prolongado;
- Uso de anticoagulante oral direto (apixabana, rivaroxabana, dabigatrana, edoxabana) nas últimas 48 horas, exceto se TT normal;

| PROTOCOLO                                     |         |         |         |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 13/34   |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

- Contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>.

São critérios de exclusão relativos:

- Melhora rápida dos sinais neurológicos\*,
- Sinais neurológicos discretos ou isolados\*,
- Glicemia < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl\*,
- Crise convulsiva no início do quadro\*;
- Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses\*,
- Gravidez\*,
- Área de hipodensidade aguda na TC com acometimento extenso

\* Caso o neurologista responsável pelo tratamento trombolítico esteja convicto de que não estão relacionados ao déficit neurológico agudo, a trombólise estará indicada.

**6.3.2. Administração do trombolítico:**

- Realizar o cálculo para administração de trombolítico – rtPA IV 0,9mg/Kg - 10% bolus e o restante da dose em 1 hora – Bomba infusão contínua.

Obs.: Pacientes com alto risco de sangramento, utilizar dose de 0,6mg/Kg (até dose máxima de 90mg) - 15% do volume EV em bolus e o restante em bomba de infusão em 1 hora.

- Registrar no prontuário o horário da indicação do tratamento trombolítico;
- Pesar o paciente, se possível;

Pacientes com < 100 kg: 0,09 mg/kg IV, 10% da dose em bolus (1 minuto) e o restante da dose, 90% em BI por 60 min.

Pacientes com > 100 kg: não ultrapassar 90mg.

- Calcular a dose da alteplase, preferencialmente, utilizando o peso real, conforme Anexo 11.10;

## PROTOCOLO

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008  | 09/2026 | 09/2030 | 14/34   |

### PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC

- Manter um AVP a mais pérvio salinizado;
- Monitorar possíveis complicações nas primeiras 24 horas;
- Realizar a administração de trombolítico por acesso venoso periférico exclusivo.
- Reconstituir cada frasco com 50mL de AD (acompanha o produto) e homogeneizar com movimentos rotatórios suavemente (concentração fina de 1mg/mL);
- Administrar 10% da dose que será administrada em bolus na seringa e 90% da dose será administrada em BI em 1h.
- No âmbito da equipe de enfermagem, a administração do trombolítico deve ser feita exclusivamente por enfermeiro.

#### 6.3.3. Complicações do tratamento com trombolítico

- Hemorragia intracraniana sintomática (ocorrem em aproximadamente até 3% dos pacientes);
- Angioedema orolingual (Raro);
- Sangramento superficial, normalmente de punções ou danos em vasos sanguíneos;
- Sangramento interno no trato gastrointestinal ou urogenital, retroperitônio ou sangramento de órgãos parenquimatosos;
- Hemorragia do trato respiratório.

#### 6.3.4. Indicação de descontinuidade do trombolítico:

Em algumas situações o trombolítico deverá ser descontinuado e a TC de Crânio deve ser repetida, como por exemplo:

- Hipertensão (> 185/110 mmHg);
- Anafilaxia;
- Angioedema;
- Hemorragia clinicamente significativa;

| PROTOCOLO                                     |         |         |         |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 15/34   |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

- Alteração do nível de consciência.

**OBS:** Se ocorrer uma hemorragia potencialmente perigosa, o tratamento com rt-PA deve ser descontinuado, repetir TC imediatamente e solicitar teleparecer neurocirúrgico.

### 6.3.5. Vigilância Clínica pós-trombólise:

- Evitar realizar punção venosa profunda ou arterial nas primeiras 24 horas; em caso de instabilidade clínica grave e necessidade de punção, priorizar sítios compressíveis;
- Não realizar passagem de sonda nasoenteral nas primeiras 24 horas;
- Evitar passagem de sonda vesical nas primeiras 24 horas; em caso de bexigoma, realizar passagem com cautela e interromper em caso de resistência ou dificuldade;
- Realizar tomografia de crânio após 24 horas da trombólise para controle;
- Realizar a escala NIHSS a cada 30 minutos nas primeiras 6 horas, e a cada hora nas primeiras 24 horas;
- Aferir sinais vitais a cada hora ou em intervalos menores (se necessário);
- Não administrar anticoagulantes ou antiagregantes nas primeiras 24 horas após o tratamento com alteplase IV; o início de antiagregantes ou anticoagulantes somente poderá ser realizada após imagem de tomografia de crânio de controle 24 horas após a trombólise;
- Realizar Eletrocardiograma (ECG) em 12 derivações;
- Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina e uréia.

### 6.3.6. Prescrição de terapia antitrombótica preventiva

- Pacientes com AVC isquêmico devem iniciar antiagregação simples em até no máximo 48 horas de início dos sintomas; a primeira escolha deve ser com AAS, na dose de ataque de 200 mg, seguida de manutenção com 100 mg ao dia; em caso de alergia ou outra contraindicação ao AAS, realizar ataque de clopidogrel com ataque de 300 mg seguida de manutenção com 75 mg ao dia;

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008  | 09/2026 | 09/2030 | 16/34   |

**PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

- Em pacientes tratados com trombólise, o início da antiagregação só pode ser feita após tomografia de crânio de controle de 24 horas que demonstra ausência de transformação hemorrágica;
- Em pacientes com etiologia cardioembólica demonstrada, como fibrilação atrial, o momento de início da anticoagulação dependerá do tamanho da área isquêmica:
- Em pacientes com AVC menor, com lesões isquêmicas pequenas ou ausentes na tomografia, o início da anticoagulação poderá ser feito no terceiro dia do evento;
- Em pacientes com AVC de volume moderado (por exemplo, infarto parcial do território da artéria cerebral média), o início poderá ser feito no sexto dia do evento;
- Em pacientes com AVC de grande volume (como AVC de todo ou quase todo o território da artéria cerebral média), o início da anticoagulação deverá ser postergado para o 14º dia do evento;
- Em todos estes casos, até que se possa iniciar a anticoagulação, deve-se iniciar antiagregação simples como acima descrito.
- 6.4. AVC hemorrágico
- 6.4.1. Planejamento terapêutico
  - - Considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência (Glasgow  $\leq 8$ ) com claro sinal clínico de insuficiência respiratória ( $pO_2 < 60\text{mmHg}$  ou  $pCO_2 > 50\text{ mmHg}$ ), ou se evidente risco de aspiração.
  - - Manter pressão arterial sistólica (PAS) de 130 a 140 mmHg. O controle da PAS é fundamental para evitar a expansão do hematoma.
  - - Se PAS  $> 150\text{ mmHg}$ , realizar com redução agressiva da PA com medicação endovenosa (EV) contínua e monitorização, preferencialmente invasiva contínua (na impossibilidade de monitorização invasiva, monitorar de forma intermitente a cada cinco minutos).
  - - Em pacientes com hipertensão intracraniana (HIC), realizar monitorização da pressão intracraniana (PIC) e redução da PA usando medicações EV contínuas ou intermitentes, mantendo a pressão de perfusão cerebral (PPC)  $\geq 60\text{ mmHg}$ .

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|--------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008  | 09/2026 | 09/2030 | 17/34   |

**PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

- - Controle da temperatura corporal de 2/2h, mantendo a temperatura axilar abaixo de 37,5°C com manejo agressivo, se necessário.
- - Evitar o uso de solução glicosada a 5%, dando preferência ao cloreto de sódio 0,9%, objetivando a volemia.

- Pacientes com história pregressa de epilepsia ou com crise convulsiva durante o atual evento devem receber anticonvulsivante em dose de manutenção (Fenitoína 100mg 8/8h por via oral ou via endovenosa).
- A monitoração da PIC deve ser instituída nos pacientes com Glasgow < 8 ou com rápida piora neurológica. Aqueles pacientes com hematomas muito volumosos (supratentorial > 10ml e infratentorial > 3ml) ou hemoventrículo e com necessidade de sedação também podem ser candidatos à monitoração da PIC. O objetivo da monitoração da PIC é mantê-la < 20mmHg com pressão de perfusão cerebral > 60mmHg.
- Tratamento cirúrgico do hematoma deve ser considerado em pacientes com: hemorragia cerebelar com deterioração neurológica ou com compressão do tronco cerebral e/ou hidrocefalia por obstrução ventricular (cirurgia de urgência, o mais breve possível); hematomas lobares supratentoriais maiores de 30ml, a menos de 1cm do córtex; hemorragia intracraniana associada à lesão estrutural; e em pacientes jovens com moderadas ou grandes hemorragias lobares, que estejam clinicamente deteriorando.
- A ventriculostomia com monitorização da PIC intraventricular deve ser procedida nos casos de hidrocefalia aguda, sem hematoma a ser drenado (hemorragias intraventriculares ou hemorragias de tronco cerebral). Nos casos de sangramento em área suspeita de aneurisma cerebral, proceder exame de imagem para estudo vascular cerebral.
- A hipertensão arterial é a causa mais comum de AVC hemorrágico. Deve-se investigar a etiologia em pacientes normotensos, pacientes jovens, clinicamente estáveis, sem causa clara para a hemorragia em questão. Considerar avaliação vascular inicialmente com angiotomografia, para excluir aneurisma ou malformação arteriovenosa, ou, eventualmente, angiorressonância.
- Se persistir a dúvida etiológica, deve ser realizada arteriografia, considerada padrão-ouro para diagnóstico de aneurisma, MAV, trombose de seio venoso ou fístula dural.

## PROTOCOLO

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 18/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

- A ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio em fase tardia pode ser útil no diagnóstico de pacientes normotensos com angiografia normal e suspeita de cavernoma ou malformações arteriovenosas, que sejam candidatos à intervenção, ou ainda neoplasia.

### 6.4.2 Cuidados gerais:

- Dieta oral suspensa até avaliação formal da deglutição (preferencialmente por fonoaudiólogo);
- SNE se impossibilidade de via oral (VO);
- Monitoração contínua: PA, ECG, SatO<sub>2</sub>;
- Diurese: 6/6h;
- Cabeceira elevada a 30 graus;
- Profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) a partir de 48 horas após admissão, em pacientes com estabilidade do hematoma confirmada na TC de crânio, com enoxaparina 40mg SC 1x/ dia ou heparina não fracionada 5.000UI SC 8/8 horas (conforme disponibilidade);
- Proteção gástrica (omeprazol 20mg 1x/dia);
- Manter TAX < 37,5°C.

### 6.5. Alta Hospitalar do paciente AVC

- Encaminhar o paciente com sumário de alta detalhado;
- Laudo médico com diagnóstico, informação médica relevante e objetivos a serem atendidos com a reabilitação;
- Receita médica completa;
- Registrar as limitações e incapacidades presentes durante a internação;
- Encaminhamento à Unidade de Atenção Primária de referência para Prevenção Secundária e demais cuidados.

### 6.6. Indicador do contrato de gestão e planejamento

- Indicador: Índice de pacientes com hipótese diagnóstica de AVC que tiveram tomografias solicitadas. Meta: 100%.
- **Fórmula do cálculo:**

| PROTOCOLO                                     |         |         |         |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 19/34   |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

Total de pacientes com hipótese diagnóstica de AVC que  
tiveram tomografia solicitada

x 100

Total de pacientes com hipótese diagnóstica de AVC

- Obs.: Para sensibilização do indicador para fins comprobatórios da unidade é de extrema importância que o médico sinalize, dentro do protocolo, o pedido de TC, informando a data e horário da solicitação. Conforme visualizado no Anexo 11.6.

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

8. REFERÊNCIAS

- CONITEC - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo - Ministério da Saúde 2021. Disponível em: 20211230\_relatorio\_recomendacao\_AVCI\_agudo\_cp110.pdf (www.gov.br) Acesso em: 31 out. 2023.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Gestão. Atendimento ao paciente vítima de AVC hiperagudo [livro eletrônico]: protocolo unificado da rede assistencial. Rio de Janeiro. 2024. Disponível em < [2024\\_08\\_09\\_66b670790472e\\_efad6df30ab1c8468f89bf878cd65096.pdf](https://2024_08_09_66b670790472e_efad6df30ab1c8468f89bf878cd65096.pdf) (smsrio.org) > Acesso em: 23 Agosto de 2024.

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

| Tipo Documental                                                                   | Código de Classificação | Série Documental                                        | Classificação de Acesso | Prazo de Guarda                            |                       | Destinação                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   |                         |                                                         |                         | Arquivo Corrente                           | Arquivo Intermediário |                                                                                                                         |
| Boletins de atendimento, registro de protocolo, prescrições e evoluções (INTEGRA) | 18.01.01.001            | Prontuário do paciente                                  | Restrito                | A vigência esgota-se com o último registro | 20 anos               | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, 31 de janeiro de 2022) |
| Formulário de Transporte Seguro                                                   | 18.01.02.005            | Registro de controle das ações de urgência e emergência | Restrito                | A vigência esgota-se ao final de cada ano  | 5 anos                | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N"                                        |

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 20/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

|                                                                |              |                                                                |          |                                           |        |                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                |              |                                                                |          |                                           |        | GI/AGCRJ nº 02, 31 de janeiro de 2022)                                                                                  |
| Formulário de Solicitação de Vaga Zero (USE)                   | 18.02.01.002 | Requisição de exames especializados e avaliações de urgência   | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, 31 de janeiro de 2022) |
| Formulário de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade | 18.02.01.003 | Requisição de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, 31 de janeiro de 2022) |
| Expediente do NIR                                              | 18.02.01.005 | Expediente de registros da regulação                           | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, 31 de janeiro de 2022) |
| Laudo de exames de imagem                                      | 18.02.02.002 | Base de dados de laudos e exames de imagem                     | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, 31 de janeiro de 2022) |

## 10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

| Versão | Alteração       | Data       | Elaboração/Revisão | Validação                      | Aprovação                      |
|--------|-----------------|------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 00     | Emissão inicial | 14/09/2016 | Jorge Aquino       | Diretor Executivo Assistencial | Diretor Executivo Assistencial |
| –      | Validação anual | 04/12/2017 | –                  | –                              | Jorge Aquino                   |

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 21/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

|    |                                                                                               |            |                                              |                 |                 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------|-----------------|-----------------|
| 01 | Revisão sistêmica.<br>Alteração da<br>codificação e do<br>tipo de<br>documento PAP<br>D-01-01 | 23/08/2024 | Andrea Garcia<br><br>Diego de Araújo Queiroz | Rafael Alvim    | Bruno<br>Sabino |
| 02 | Revisão sem<br>alteração                                                                      | 04/09/2026 | Marcos Aurélio Pinto                         | Tatiana Melgaço | Bruno<br>Sabino |

## 11. ANEXOS

### 11.1. Anexo I - Abertura do protocolo de AVE na Classificação de risco pelo enfermeiro

**Escala de Dor**

Intensidade da Dor

| 0             | 1                | 2           | 3                                               | 4                                         | 5                                         | 6                 | 7                 | 8                                         | 9            | 10         |
|---------------|------------------|-------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------------|--------------|------------|
| Quase sem dor | Atividade normal | Ligeira dor | Poucos problemas (Faz a maior parte das coisas) | Moderada (Significativa porém suportável) | Coisa difíceis (Cessa algumas atividades) | Dor muito intensa | Dor incapacitante | Dor severa (Significativa e insuportável) | Sem controle | Dor máxima |

**Protocolo**

Protocolos:

- SELECIONE
- IAM
- NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
- AVE**
- SEPSIS
- COVID 19
- SÍNDROME GRIPAL

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 22/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

**11.2. Anexo II - Escala de CINCINNATI**

| ESCALA DE CINCINNATI  |                                                                                   |                                                                  |                                                |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ITEM AVALIADO         | COMO AVALIAR                                                                      | RESPOSTA NORMAL                                                  | RESPOSTA ANORMAL                               |
| Assimetria facial     | Pedir para o paciente sorrir.                                                     | Movimento simétrico da face bilateralmente.                      | Movimento assimétrico da face.                 |
| Perda de força motora | Pedir para o paciente estender os braços por 10 segundos (com os olhos fechados). | Movimento simétrico dos dois braços.                             | Movimento assimétrico dos braços.              |
| Alteração da fala     | Pedir para o paciente falar uma frase.                                            | O paciente fala corretamente e com boa articulação das palavras. | As palavras são incorretas ou mal articuladas. |

**11.3. Anexo III - Abertura do atendimento no prontuário eletrônico pelo médico**

PRONTUARIO ELETRONICO

Fila de espera

| Risco | Especialidade    | Pulseira      | Paciente                     | Idade | Destino      | Tempo de espera | Tipo de atendimento | Atendimento Preferencial | Protocolo        |  |  |
|-------|------------------|---------------|------------------------------|-------|--------------|-----------------|---------------------|--------------------------|------------------|--|--|
|       | CLINICA MEDICA - | 1125949007    |                              | 24    | CONSULTORIOS | 05min           | Emergência          |                          |                  |  |  |
|       | CLINICA MEDICA - | 3153454144415 | PACIENTE TESTE PROTOCOLO AVE | 33    | CONSULTORIOS | 01min           | Emergência          |                          | Protocolo de AVE |  |  |

## PROTOCOLO

| Nº DOCUMENTO                                  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                   | 09/2026 | 09/2030 | 23/34   |
| PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC |         |         |         |

### 11.4. Anexo IV - Abertura do protocolo de AVC pelo médico no sistema

Profissional: MARLON ASSIS Data: 31/01/2024 19:05:25 Estado: Aberta

Anamnese

TEXTO LIVRE.....

Protocolos

SELECIONE  
IAM  
NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA  
**AVE**  
SEPSE  
COVID 19  
SÍNDROME GRIPAL  
SELECIONE

### 11.5. Anexo V - Ficha do protocolo de AVC

Protocolo de AVE

## PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Protocolo Ativo ☒ Sim

ABERTURA DO PROTOCOLO 31/01/2024 19:11:05

### PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO

Início dos Sintomas de AVE 31/01/2024 19:01:00

Quadro Clínico Confusão, dificuldade pa

Pressão Arterial Sistólica mmHg Pressão Arterial Diastólica mmHg Frequência Respiratória rpm Frequência Cardíaca bpm

Glicemia mg/dl Saturação O2 % Temperatura °C

Suspeita de AVE Hiperagudo ☒ Sim Data

Tomografia solicitada? ☐ Não

### ESCALA DE CINCINATTI

Característica do Sorriso

Normal Alterado

Alterado

Levantamento de Braços



**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 25/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

**11.8. Anexo VIII - Escala de Glasgow**

|                        | Pontuação | Apresentação               |
|------------------------|-----------|----------------------------|
| <b>Abertura Ocular</b> | <b>4</b>  | <b>Espontânea</b>          |
|                        | <b>3</b>  | <b>Ao chamado</b>          |
|                        | <b>2</b>  | <b>Ao Estímulo</b>         |
|                        | <b>1</b>  | <b>Sem abertura</b>        |
| <b>Resposta Verbal</b> | <b>5</b>  | <b>Orientado</b>           |
|                        | <b>4</b>  | <b>Elabora frases</b>      |
|                        | <b>3</b>  | <b>Articula palavras</b>   |
|                        | <b>2</b>  | <b>Apenas emite sons</b>   |
|                        | <b>1</b>  | <b>Sem verbalização</b>    |
| <b>Resposta Motora</b> | <b>6</b>  | <b>Obedece ao comando</b>  |
|                        | <b>5</b>  | <b>Localiza estímulo</b>   |
|                        | <b>4</b>  | <b>Flexão inespecífica</b> |
|                        | <b>3</b>  | <b>Flexão Patológica</b>   |
|                        | <b>2</b>  | <b>Extensão Patológica</b> |
|                        | <b>1</b>  | <b>Sem Movimentação</b>    |

**PROTOCOLO**

**Nº DOCUMENTO**

PTC.DEA.008

**DATA**

09/2026

**REVISÃO**

09/2030

**PÁGINAS**

26/34

**PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC**

**11.9. Anexo IX - Escala de AVE NIH**

| NIH STROKE SCALE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Prontuário:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Data: |      |
| INSTRUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DEFINIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Score | Hora |
| <b>1a. Nível de Consciência</b><br>O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0= Alerta; responde com entusiasmo.<br>1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage.<br>2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).<br>3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente <del>irresponsivo</del> , <del>flácido e arreflexo</del> . |       |      |
| <b>1b. Perguntas de Nível de Consciência</b><br>O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou <del>estupor</del> que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.                    | 0 = Responde ambas as questões corretamente.<br>1 = Responde uma questão corretamente.<br>2 = Não responde nenhuma questão corretamente.                                                                                                                                                                                                                                                       |       |      |
| <b>1c. Comandos de Nível de Consciência</b><br>O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada. | 0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.<br>1 = Realiza uma tarefa corretamente.<br>2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.                                                                                                                                                                                                                                                             |       |      |

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 27/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p><b>2. Melhor olhar conjugado</b></p> <p>Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p> | <p>0 = Normal.</p> <p>1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar.</p> <p>2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>                                                                   |  |  |
| <p><b>3. Visual</b></p> <p>Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>                                                                                                                         | <p>0 = Sem perda visual.</p> <p>1 = Hemianopsia parcial.</p> <p>2 = Hemianopsia completa.</p> <p>3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| <p><b>4. Paralisia Facial</b></p> <p>Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>0 = Movimentos normais simétricos.</p> <p>1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).</p> <p>2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face).</p> <p>3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p> |  |  |

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 28/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p><b>5. Motor para braços</b></p> <p>O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90º (se sentado) ou a 45º (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>                                                                                                                                        | <p>0 = Sem queda; mantém o braço 90º (ou 45º) por 10 segundos completos.</p> <p>1 = Queda; mantém o braço a 90º (ou 45º), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</p> <p>2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90º (ou 45º), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca.</p> <p>4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito</p> |  |  |
| <p><b>6. Motor para pernas</b></p> <p>A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30º (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>                                                                                                                                                                              | <p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30º por 5 segundos completos.</p> <p>1 = Queda; mantém a perna a 30º, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte.</p> <p>2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30º, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade.</p> <p>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca.</p> <p>4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>6a. Perna esquerda 6b. Perna direita</p>                            |  |  |
| <p><b>7. Ataxia de membros</b></p> <p>Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p> | <p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em dois membros.</p> <p>NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 29/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p><b>8. Sensibilidade</b></p> <p>Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVE é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente <del>um perda hemisensitiva</del>. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser <del>dados</del> somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em <del>estupor</del> e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVE de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>                                         | <p>0 = Normal; nenhuma perda.</p> <p>1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| <p><b>9. Melhor linguagem</b></p> <p>Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p> | <p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das <del>idéias</del> expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode <del>identificar</del> figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p> |  |  |

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 30/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p><b>10. Disartria</b></p> <p>Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>                                                                                                                                                              | <p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico.</p> <p>NT = Intubado ou outra barreira física; explique _____</p> |  |  |
| <p><b>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência)</b></p> <p>Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou <del>agnosia</del> pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p> | <p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda <del>hemi-desatenção</del> ou <del>hemi</del>(1)desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>                                                   |  |  |

**PROTOCOLO**

| Nº DOCUMENTO                                         | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| PTC.DEA.008                                          | 09/2026 | 09/2030 | 31/34   |
| <b>PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC</b> |         |         |         |

**11.10. Anexo X - Dose para o tratamento de AVEi**

| Tabela 01 - de dose para o tratamento do AVEi agudo                 |                 |                                                     |                      |                                                                      |                 |                            |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| Peso (kg)                                                           | Dose Total (mg) | Bolus inicial intravenoso (10% da dose total em mg) | Dose de infusão (mg) | Administração por infusão (seringas de 50mL, concentração de 1mg/mL) |                 |                            |
|                                                                     |                 |                                                     |                      | Primeira seringa                                                     | Segunda seringa | Taxa de infusão* (mL/hora) |
| 40                                                                  | 36              | 3,6                                                 | 32,4                 | 32,4                                                                 | N/A             | 32,4                       |
| 42                                                                  | 37,8            | 3,8                                                 | 34                   | 34                                                                   | N/A             | 34                         |
| 44                                                                  | 39,6            | 4                                                   | 35,6                 | 35,6                                                                 | N/A             | 35,6                       |
| 46                                                                  | 41,4            | 4,1                                                 | 37,3                 | 37,3                                                                 | N/A             | 37,3                       |
| 48                                                                  | 43,2            | 4,3                                                 | 38,9                 | 38,9                                                                 | N/A             | 38,9                       |
| 50                                                                  | 45              | 4,5                                                 | 40,5                 | 40,5                                                                 | N/A             | 40,5                       |
| 52                                                                  | 46,8            | 4,7                                                 | 42,1                 | 42,1                                                                 | N/A             | 42,1                       |
| 54                                                                  | 48,6            | 4,9                                                 | 43,7                 | 43,7                                                                 | N/A             | 43,7                       |
| 56                                                                  | 50,4            | 5                                                   | 45,4                 | 45,4                                                                 | N/A             | 45,4                       |
| 58                                                                  | 52,2            | 5,2                                                 | 47                   | 47                                                                   | N/A             | 47                         |
| 60                                                                  | 54              | 5,4                                                 | 48,6                 | 48,6                                                                 | N/A             | 48,6                       |
| 62                                                                  | 55,8            | 5,6                                                 | 50,2                 | 50,2                                                                 | N/A             | 50,2                       |
| 64                                                                  | 57,6            | 5,8                                                 | 51,8                 | 50                                                                   | 1,8             | 51,8                       |
| 66                                                                  | 59,4            | 5,9                                                 | 53,5                 | 50                                                                   | 3,5             | 53,5                       |
| 68                                                                  | 61,2            | 6,1                                                 | 55,1                 | 50                                                                   | 5,1             | 55,1                       |
| 70                                                                  | 63              | 6,3                                                 | 56,7                 | 50                                                                   | 6,7             | 56,7                       |
| 72                                                                  | 64,8            | 6,5                                                 | 58,3                 | 50                                                                   | 8,3             | 58,3                       |
| 74                                                                  | 66,6            | 6,7                                                 | 59,9                 | 50                                                                   | 9,9             | 59,9                       |
| 76                                                                  | 68,4            | 6,8                                                 | 61,6                 | 50                                                                   | 11,6            | 61,6                       |
| 78                                                                  | 70,2            | 7                                                   | 63,2                 | 50                                                                   | 13,2            | 63,2                       |
| 80                                                                  | 72              | 7,2                                                 | 64,8                 | 50                                                                   | 14,8            | 64,8                       |
| 82                                                                  | 73,8            | 7,4                                                 | 66,4                 | 50                                                                   | 16,4            | 66,4                       |
| 84                                                                  | 75,6            | 7,6                                                 | 68                   | 50                                                                   | 18              | 68                         |
| 86                                                                  | 77,4            | 7,7                                                 | 69,7                 | 50                                                                   | 19,7            | 69,7                       |
| 88                                                                  | 79,2            | 7,9                                                 | 71,3                 | 50                                                                   | 21,3            | 71,3                       |
| 90                                                                  | 81              | 8,1                                                 | 72,9                 | 50                                                                   | 22,9            | 72,9                       |
| 92                                                                  | 82,8            | 8,3                                                 | 74,5                 | 50                                                                   | 24,5            | 74,5                       |
| 94                                                                  | 84,6            | 8,5                                                 | 76,1                 | 50                                                                   | 26,1            | 76,1                       |
| 96                                                                  | 86,4            | 8,6                                                 | 77,8                 | 50                                                                   | 27,8            | 77,8                       |
| 98                                                                  | 88,2            | 8,8                                                 | 79,4                 | 50                                                                   | 29,4            | 79,4                       |
| 100+                                                                | 90              | 9                                                   | 81                   | 50                                                                   | 31              | 81                         |
| * Taxa de infusão é a mesma para ambas: primeira e segunda seringa. |                 |                                                     |                      |                                                                      |                 |                            |

## PROTOCOLO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.008

DATA

09/2026

REVISÃO

09/2030

PÁGINAS

32/34

### PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC

#### 11.11. Anexo XI - Fluxograma de atendimento do paciente com AVCh e AVCi nas Unidades de Pronto Atendimento

##### 1. PORTA DE ENTRADA

- Técnico acolhedor: colocar a pulseira roxa e acompanhar o paciente com suspeita de AVC até o enfermeiro da Classificação de Risco (CR) com prioridade;
- Recepção: realizar a abertura do Boletim de Atendimento de Emergência (BAE) do paciente enquanto ele é classificado.

##### 2. ENFERMEIRO DA CR

- Realizar HGT e sinais vitais;
- Verificar e registrar o horário de início dos sintomas ou o último horário que o paciente foi visto assintomático (informar se tempo até atendimento < 4h30);
- Questionar sobre alergias e destacar ao contraste venoso e ao trombolítico — em caso positivo colocar também a pulseira vermelha;
- Realizar Escala de Cincinnati, e se apresentar, pelo menos, um sintoma positivo, colocar pulseira roxa (se estiver sem);
- Inserir o paciente no protocolo de AVC;
- Solicitar maqueiro para encaminhamento do paciente ao atendimento médico imediato;
- Acompanhar o paciente até o consultório médico;
- Se descartado AVC, seguir o fluxo normal de atendimento.

##### 3. EQUIPE MÉDICA DO CONSULTÓRIO

- Realizar anamnese e exame físico do paciente;
- Verificar os critérios de inclusão e exclusão de AVC.

##### Unidade com TC

- Acompanhar o paciente para TC de crânio junto com o maqueiro.

##### Unidade sem TC

- Solicitar Vaga Zero para realizar TC — tipo de urgência "AVC Hiperagudo";
- Realizar pedido médico de TC com indicação clínica;
- Conduzir imediatamente o paciente para a ambulância durante solicitação de Vaga Zero (documentos exigidos: RG, CPF, e pedido médico de TC).

##### 4. REGULAÇÃO

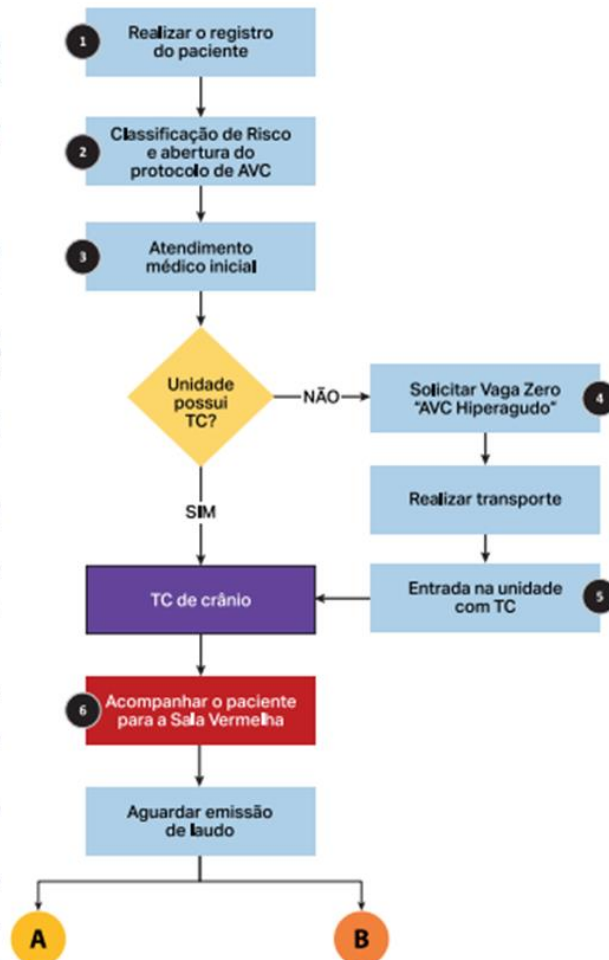
- Imprimir a documentação de pacientes para transferência;
- Realizar os fluxos de regulação.

##### Transporte do paciente:

- Ambulância com médico;
- Acompanhar o paciente na ambulância;
- Encaminhar o paciente já com um AVP pérvio e monitorizado (deverá ser punccionado enquanto aguarda Vaga Zero);
- Encaminhar o paciente com formulário de transporte seguro e documentos exigidos.

##### 5. PACIENTE CHEGA NA UNIDADE COM TC

- Ao chegar na unidade de destino, encaminhar o paciente direto para TC junto com o médico e o pedido de TC;
- Direcionar ao NIR o familiar/acompanhante/profissional de saúde, para abertura de Boletim de Atendimento Médico (BAM);



## PROTOCOLO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.008

DATA

09/2026

REVISÃO

09/2030

PÁGINAS

33/34

### PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC

• Após o término da TC, deverá ser direcionado à Sala Vermelha da unidade.

#### Pacientes regulados para os CER:

- Os pacientes deverão dar entrada diretamente na unidade hospitalar adjacente, para realização imediata de TC, seguindo fluxo acima;
- Após o término da TC, deverá ser direcionado à Sala Vermelha do CER.

#### Unidades com TC:

- UPA Del Castilho
- UPA Madureira
- UPA Cidade de Deus
- Hospital Municipal Miguel Couto
- Hospital Municipal Salgado Filho
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Hospital Municipal Pedro II
- Hospital Municipal Rocha Faria
- Hospital Municipal Souza Aguiar
- Hospital Municipal Albert Schweitzer
- Hospital Municipal Lourenço Jorge
- Hospital Estadual Carlos Chagas
- Hospital Estadual Getúlio Vargas
- Hospital Municipal Evandro Freire

#### 6. SALA VERMELHA

- Aguardar laudo da TC (será liberado em até 30 minutos pelo Super Centro) — <https://ccdti.pages.med.br/>;
- Manter vigilância intensiva.

#### Enfermagem:

- Receber o paciente;
- Realizar a monitorização hemodinâmica do paciente;
- Puncionar dois AVP calibroso, minimamente calibre do dispositivo n.º 20, preferencialmente em membro que não haja alteração de força motora, enquanto aguarda o laudo da TC;
- Administrar trombolítico imediatamente após prescrição.

#### Médico:

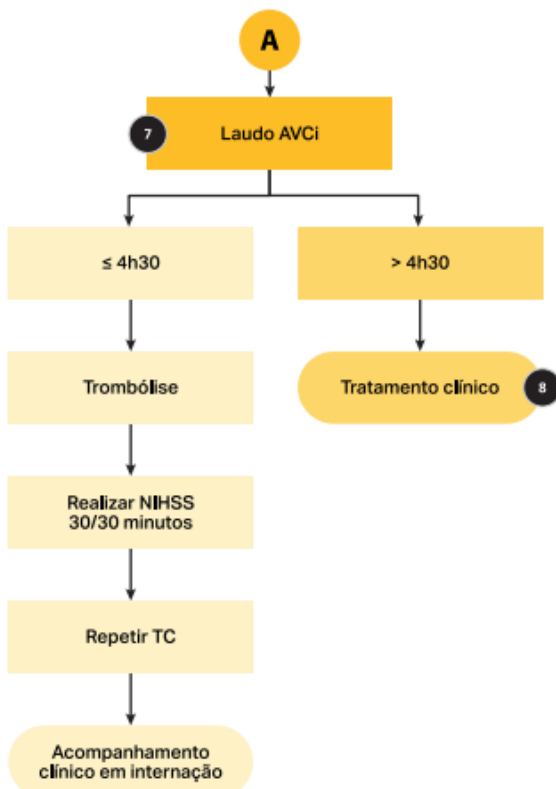
- Avaliar paciente em até 10 minutos;
- Realizar Escala de Glasgow e Escala de NIHSS enquanto aguarda laudo (avaliar critérios de inclusão e exclusão para trombólise).

#### 7. LAUDO AVCI

- Solicitar Teleparecer em caso de dúvida do laudo da TC;
- Reavaliar critérios de trombólise (NIHSS);
- Prescrever trombolítico imediatamente após liberação do laudo da TC em pacientes elegíveis para trombólise (fórmula padrão: rtPA IV 0,9mg/kg - 10% bolus e 90% da dose em 1h em bomba infusora);
- Realizar NIHSS a cada 30 minutos nas primeiras 6 horas;
- Interromper trombolítico em caso de rebaixamento do nível de consciência e/ou piora na avaliação neurológica;
- Repetir TC após 24 horas da trombólise ou imediatamente, em caso de rebaixamento de nível de consciência ou piora na avaliação neurológica;
- Acompanhamento clínico.

#### 8. TRATAMENTO CLÍNICO:

- Repetir TC após 48 horas ou imediatamente, em caso de rebaixamento do nível de consciência ou piora na avaliação neurológica;
- Inserir paciente no Sistema de Regulação, caso haja presença de comorbidades descompensadas;
- Fazer acompanhamento clínico até a alta para a APS, para segmento ambulatorial.



## PROTOCOLO

Nº DOCUMENTO

PTC.DEA.008

DATA

09/2026

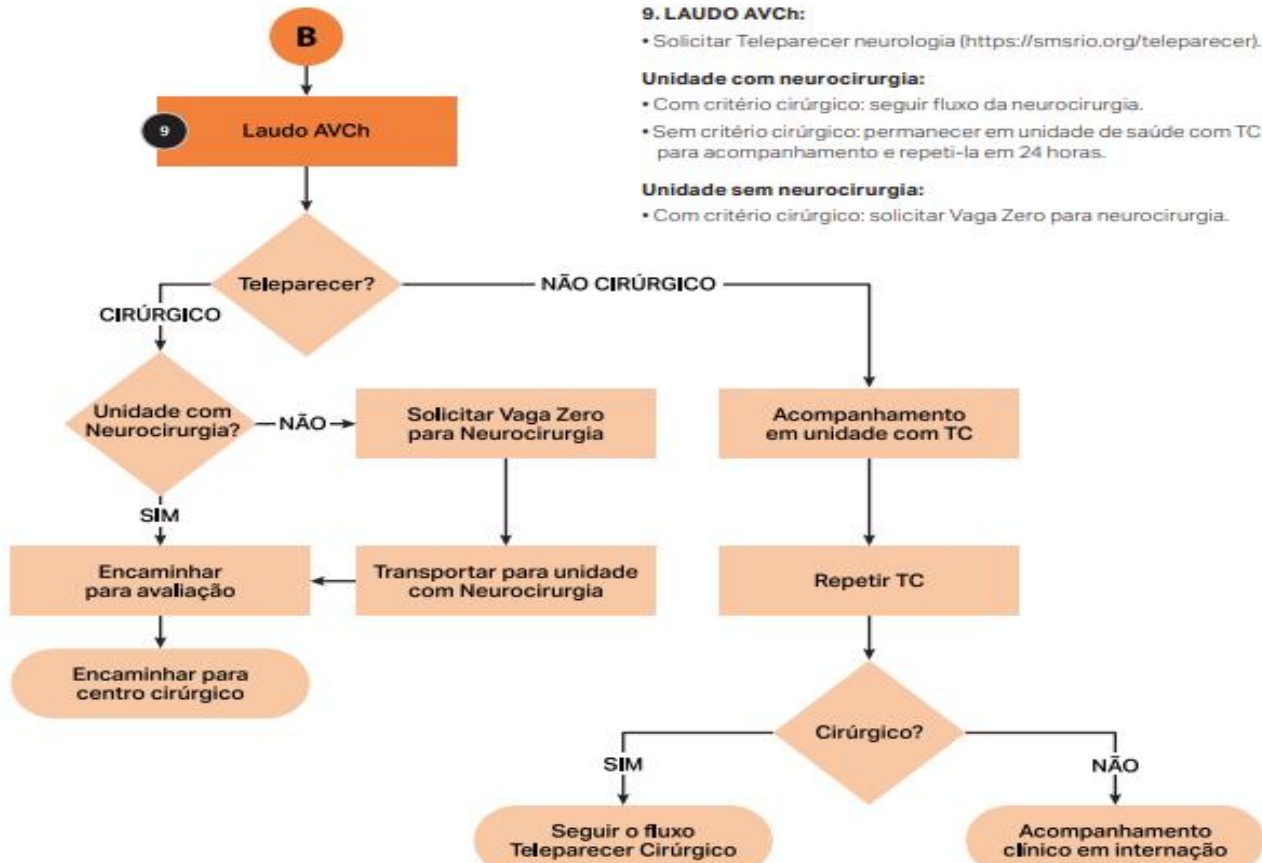
REVISÃO

09/2030

PÁGINAS

34/34

### PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC



#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE TROMBÓLISE

- Uso de anticoagulantes orais com INR > 1,7
  - Uso de heparina com TTPA prolongado
  - Contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>
  - Quadro clínico de HSA, mesmo com TC normal
  - AVCi ou TCE grave nos últimos 3 meses
  - Cirurgia/trauma grave (não TCE) dentro de 2 semanas\*
  - História de hemorragia intracraniana espontânea
  - Hemorragia urinária/digestiva nos últimos 21 dias\*
  - Presença de MAV ou aneurisma cerebral
  - Punção arterial recente (7 dias) não compressível
  - Punção líquórica recente (7 dias)
  - PAS > 185mmHg ou PAD > 110mmHg
  - Melhora rápida dos sinais neurológicos\*
  - Sinais neurológicos discretos ou isolados\*
  - Glicemia < 50mg/dl ou > 400mg/dl\*
  - Crise convulsiva no início do quadro\*
  - Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses\*
  - Gravidez\*
- \*Tais critérios são considerados, atualmente, como critérios relativos, na dependência do parecer do neurologista-assistente.

#### Orientações para alta:

- AVCi prescrever antiagregante plaquetário (AAS 100-300mg/dia, ou Clopidogrel 75 mg/dia);
- Se cardioembólico: Anticoagulação Plena (INR 2,0 a 3,0) por, no mínimo, 3 meses;
- Encaminhar para unidade de atenção primária de referência.

#### Escala de NIH:

- Pontuação: < 5 = AVC leve
- Pontuação: 5 a 15 = AVC moderado
- Pontuação: 16 a 20 = AVC moderado a grave
- Pontuação: > 21 = AVC grave

Fonte: Elaboração própria da SMS-Rio.

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2024.