PROGRAMA

AVC

CADA SEGUNDO IMPORTA

PROTOCOLO CLÍNICO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

GOVERNO DO MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS

SES
Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
GERENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PROTOCOLO CLÍNICO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC

São Luís – MA
2025

Governador do Estado do Maranhão

Carlos Orleans Brandão Junior

Secretário de Estado da Saúde

Tiago José Mendes Fernandes

Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

Elaboração

Marcone Cruz Moreno Soares – Médico Neurologista (Coordenador do Programa de AVC-Cada Segundo Importa)

Thalita Pereira Veiga - Superintendente do Complexo de Regulação Estadual

Anna Cindy Araújo Leite - Enfermeira da Qualidade da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)

Revisão

Nagib Abdalla Filho- Médico Neurorradialista Intervencionista

Luciana Albuquerque de Oliveira - Superintendente de Assistência à Saúde

Carla Priscila Mendes Barros – Superintendente de Acompanhamento à Rede de Serviços

Myllena Carvalho Veras - Coordenadora de Avaliação e Monitoramento da Qualidade

Nayane Lara Rocha Farias - Coordenadora em Atenção às Urgências e Emergências

Suziane Viegas Sousa - Coordenadora da Rede Hospitalar de Alta Complexidade

Letícia Jansen de Castro - Técnica da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Qualidade

Rayane de Jesus Pinto Sá - Técnica da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Qualidade

GOVERNO DO MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS

SES
Secretaria de Estado da Saúde

Apresentação

O **PROGRAMA AVC – CADA SEGUNDO IMPORTA** surge como uma iniciativa essencial para a condução do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito da Rede de Urgências e Emergências do Estado do Maranhão.

Este protocolo é fruto de um esforço coletivo da equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão - SES, com destaque para a Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde. Sua elaboração contou com a consultoria técnica de especialistas com ampla experiência na assistência e no cuidado aos pacientes acometidos por AVC, garantindo diretrizes baseadas em evidências e alinhadas às melhores práticas assistenciais.

O presente documento tem como objetivo nortear e padronizar a condução do AVC na rede estadual de saúde, promovendo uma abordagem ágil e eficiente, reduzindo complicações e melhorando os desfechos clínicos. Afinal, quando se trata de AVC, **cada segundo importa**.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVCh - Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCi - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

AIT - Ataque Isquêmico Transitório

DAPT - Dupla Antiagregação Plaquetária

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIC- Hipertensão Intracraniana

IMC - Índice de Massa Corporal

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

PA - Pressão Arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAM - Pressão Arterial Média

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PIC - Pressão Intracraniana

PPC - Pressão de Perfusão Cerebral

RM - Ressonância Magnética

RUE - Rede de Atenção a Urgências e Emergências

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SES - MA - Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

SUS - Sistema Único de Saúde

SNE- Sonda Nasoenteral

TC - Tomografia Computadorizada

TVP - Trombose Venosa Profunda

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VM - Ventilação Mecânica

Sumário

1 Introdução 8

2 Objetivo 8

2.1 Geral 8
2.2 Específicos 8
3 Definições dos Diagnósticos 9

3.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC) 9
3.2 Acidente Isquêmico Transitório (AIT) 9
4 Sinais de Alerta para o AVC 9

5 Após Suspeita Diagnóstica 9

6 Suspeita de AVC: Manejo Inicial 10

7 Condução do AVC Isquêmico: Ictus com menos de 4 horas e 30 minutos. 11

7.1 Avaliar possibilidade de trombólise química de acordo com critérios de inclusão e exclusão 11
7.1.1 Critérios de inclusão (precisa preencher todos) 11
7.1.2 Critérios de exclusão (qualquer critério exclui o paciente da trombólise química) 12
7.2 Iniciar Protocolo de reperfusão química: trombólise com alteplase 13
7.3 Cuidados durante a trombólise 13
7.4 Cuidados até 24 horas após a trombólise 14
7.5 Cuidados após 24 horas da trombólise 14
7.6 Metas durante internação hospitalar 15
7.7 Plano de alta hospitalar 16
8 Condução do AVC Isquêmico: Ictus com mais de 4 horas e 30 minutos. 17

8.1 Cuidados durante internação hospitalar 18

8.2 Metas durante internação hospitalar 18
8.3 Plano de alta hospitalar 19
9 Ataque Isquêmico Transitório (AIT) 20

9.1 Cuidados gerais 20
9.2 Metas durante internação hospitalar 21
9.3 Plano de alta hospitalar 21
10 Condução do AVC Hemorrágico 22

10.1 Cuidados gerais 22
10.2 Cuidados específicos para AVC Hemorrágico Intraparenquimatoso 24
10.3 Cuidados específicos para AVC Hemorrágico Subaracnóide 25
10.4 Metas durante internação hospitalar 25
10.5 Plano de Alta Hospitalar 26
Referências 27

Anexo 28

Apêndice 35

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>PROTOCOLO</td><td>DOC N°
SAAS/GERAS/
PROT/0002</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PROGRAMA AVC – CADA SEGUNDO IMPORTA</td><td>VERSÃO
02</td></tr>
<tr><td>VALIDADE
02/04/2029</td></tr>
<tr><td>ELABORAÇÃO
Marcone Cruz Moreno
Soares
Thalita Pereira Veiga
Anna Cindy Araújo Leite</td><td>CARGO
Médico Neurologista- Coordenador do Programa AVC: Cada segundo Importa
Superintendente do Complexo de Regulação Estadual
Gerente da Qualidade da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)</td><td>DATA
02/03/2023</td></tr>
<tr><td>REVISÃO
Nagib Abdala Filho
Luciana Albuquerque de Oliveira
Carla Priscila Mendes Barros
Nayane Lara Rocha Farias
Suziane Viegas Sousa
Myllena Carvalho Veras
Letícia Jansen de Castro
Rayane de Jesus Pinto Sá</td><td>CARGO
Médico Neurorradialista Intervencionista
Superintendente de Assistência à Saúde
Superintendente de Acompanhamento à Rede de Serviços
Coordenadora em Atenção às Urgências e Emergências
Coordenação da Rede Hospitalar de Alta Complexidade
Coordenadora de Avaliação e Monitoramento da Qualidade
Técnica da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Qualidade
Técnica da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Qualidade</td><td>DATA
02/03/2025</td></tr>
<tr><td>APROVAÇÃO
Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão</td><td>CARGO
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde</td><td>DATA
03/04/2025</td></tr>
<tr><td>RESPONSÁVEIS
Equipe assistencial de saúde</td><td colspan="2">DISTRIBUIDO PARA
Unidades da Rede Estadual de Saúde de Urgência e Emergência</td></tr>
</table>

1 Introdução

O programa "AVC: Cada Segundo Importa" no Maranhão representa um marco significativo na saúde pública do estado. Um dos pilares do programa é a rápida identificação dos sintomas do AVC e a consequente agilização do atendimento, minimizando as sequelas e aumentando as chances de recuperação dos pacientes. Além disso, a tecnologia desempenha um papel fundamental, com a utilização do aplicativo JOIN para facilitar a comunicação entre os profissionais, permitindo uma resposta mais rápida e eficiente.

O programa também se destaca pela expansão do acesso ao tratamento em diversas regiões do Maranhão. A implantação do programa em hospitais regionais, descentraliza o atendimento e o torna mais acessível para a população do interior do estado.

A implementação do protocolo AVC é crucial para padronizar e agilizar o atendimento, desde o reconhecimento dos sintomas até o tratamento especializado, integrando diferentes níveis de atenção à saúde. Essa abordagem fortalece a rede de saúde, especialmente em áreas com acesso limitado, e melhora os indicadores de sobrevida dos pacientes. Além disso, otimiza o uso de recursos, evita complicações graves e reduz custos com tratamentos complexos, minimizando o impacto econômico e social das doenças cardiovasculares.

2 Objetivo

2.1 Geral

Reduzir a morbimortalidade por AVC no Estado do Maranhão por meio da implantação e implementação do **Programa AVC – Cada Segundo Importa** na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), garantindo um atendimento ágil, seguro e eficaz, fundamentado nas melhores evidências científicas atualizadas.

2.2 Específicos

- Orientar os serviços de Urgência e Emergência do SUS no Maranhão na condução do paciente com AVC, assegurando um cuidado centrado em suas necessidades;
- Garantir a identificação rápida e eficaz dos sinais de alerta do AVC;
- Definir fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros;
- Estabelecer o percurso assistencial ideal para pacientes que necessitam de terapias de reperfusão no AVC.

3 Definições dos Diagnósticos

3.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- Déficit Neurológico Focal Súbito ocasionado por interrupção de suprimento sanguíneo em território cerebral, seja por: Isquemia (AVC Isquêmico – AVCi) ou Hemorragia (AVC Hemorrágico – AVCh).

3.2 Acidente Isquêmico Transitório (AIT)

- Déficit neurológico focal súbito no qual o paciente apresenta melhora completa em até 24 horas do início dos sintomas e que não apresenta alterações ao melhor exame de imagem possível de ser realizado (idealmente Ressonância Magnética de Crânio).

4 Sinais de Alerta para o AVC

- Perda súbita de força ou de sensibilidade de um lado do corpo – face e/ou membro superior e/ou membro inferior;
- Dificuldade súbita de falar ou compreender a fala;
- Perda visual súbita em um ou ambos os campos visuais;
- Súbita tontura, perda de equilíbrio e/ou de coordenação;
- Cefaleia súbita intensa sem causa aparente inédita OU com mudança de padrão.

5 Após Suspeita Diagnóstica

Durante a avaliação inicial do paciente com suspeita de AVC, é fundamental utilizar a **Escala de Cincinnati** (Anexo A), em que a presença de 1 dos sinais de alerta, associada ao início súbito da apresentação, nos indica de forma objetiva a Suspeita de AVC.

No **Protocolo de AVC**, o paciente será avaliado para a possibilidade de **Terapia Reperfusional** (trombólise endovenosa química), se dentro de 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas e preencher critérios de inclusão sem fatores de exclusão.

A transferência rápida para a emergência de uma unidade hospitalar de referência melhora significativamente o prognóstico do paciente. Se o início dos sintomas for maior que **4 horas e 30 minutos**, o paciente deve ser encaminhado para a Emergência de Unidade Hospitalar por meio de uma Unidade Móvel de atendimento após estabilização clínica inicial, conforme regulação local, para que possa ser iniciado terapias de reabilitação, identificação etiológica do evento e profilaxia secundária adequada, mesmo que não haja possibilidade de terapia reperfusional.

6 Suspeita de AVC: Manejo Inicial

a) **Determinar o Ictus (data e hora do início dos sintomas):** No caso de o início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir.

b) **Aplicar Escala de Cincinatti**.

c) **Avaliar Sinais Vitais:** Pressão Arterial, Glicemia Capilar, Saturação de Oxigênio, Temperatura Axilar e Frequências Cardíaca e Respiratória.

Obs.: Hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC. Se glicose < 70 mg/dL, administrar glicose hipertônica 50% / 20 ml endovenosa / 1 vez, repetir hemoglicoteste em 1h.

d) **Aplicar Escala do National Institute Of Health Stroke Scale (NIHSS)**.

e) **Manter o paciente com cabeceira a 30°**.

f) **Realizar Acesso Venoso Periférico**:

- Se paciente **ELEGÍVEL** para terapia reperfusional (início dos sintomas com menos de 4 horas e 30 minutos e sem critérios de exclusão), realizar 2 acessos venosos periféricos, idealmente com jelco 18;
- Se paciente NÃO ELEGÍVEL para terapia reperfusional, realizar 1 acesso venoso periférico, idealmente em membro não parético.

g) **Manter Permeabilidade de Vias Aéreas e Ventilação Adequada:** Administrar oxigênio, por cateter nasal ou máscara, se saturação de oxigênio for <94% (atentar para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC). Considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência (Escala de Coma de Glasgow ≤ 8, Anexo D), com claro sinal clínico de insuficiência respiratória (pO2 <60mmHg ou pCO2 > 50 mmHg), ou se houver evidente risco de aspiração.

h) **Não reduzir níveis pressóricos:** Exceto se pressão arterial sistólica estiver ≥ 220 mmHg ou pressão arterial diastólica estiver ≥ 120 mmHg. Quando necessário, recomenda-se **Nitroprussiato de Sódio (Nipride)** endovenoso como anti-hipertensivo de eleição para pacientes com déficits com menos de 24 horas do início dos sintomas, não devendo ser utilizado medicações por via oral.

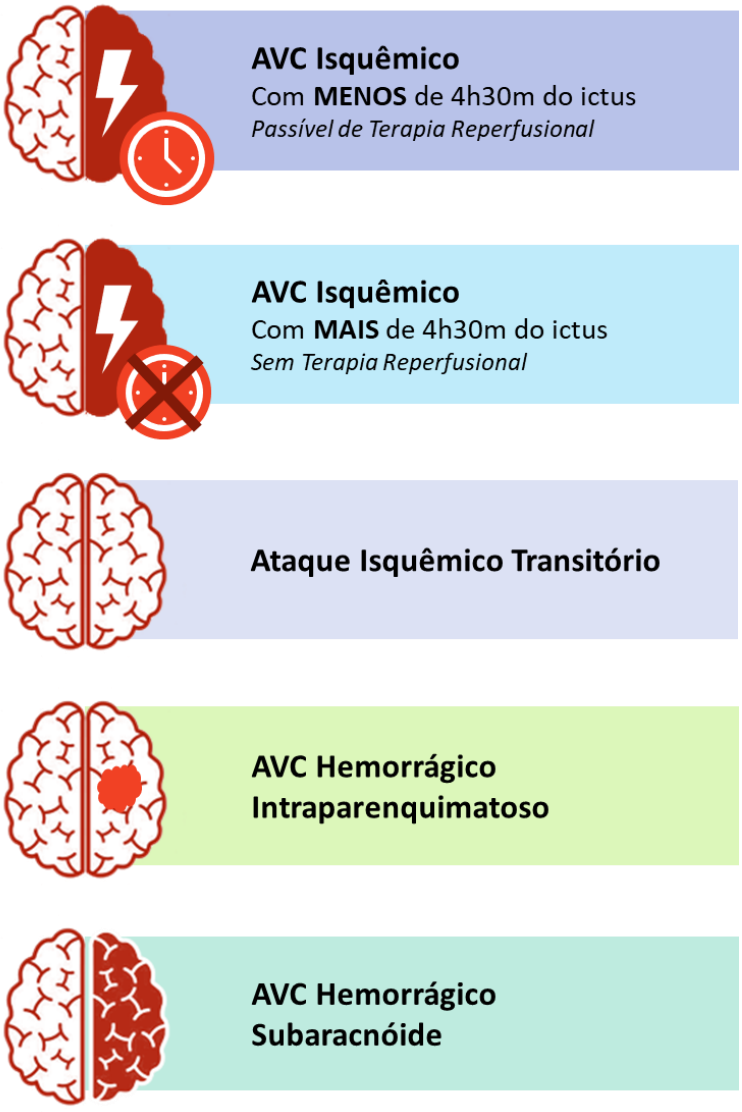
i) **Caso o paciente apresente déficits há mais de 24 horas**: pode-se utilizar medicações por via oral, incluindo anti-hipertensivos.

j) **Em caso de febre**: (Temperatura Axilar ≥ 37,8°), utilizar antitérmico endovenoso.

k) **Em caso de hipovolemia:** realizar hidratação endovenosa com Soro Fisiológico 0,9%.

l) **Encaminhar paciente para realização e tomografia computadorizada de crânio (TC) sem contrate em regime de emergência:** se o local de atendimento não tiver TC de crânio transferir o paciente imediatamente para a realização.

Após realização da TC de Crânio, o AVC deve ser classificado em:



Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

7 Condução do AVC Isquêmico: Ictus com menos de 4 horas e 30 minutos.

7.1 Avaliar possibilidade de trombólise química de acordo com critérios de inclusão e exclusão:

7.1.1 Critérios de inclusão (precisa preencher todos)

a) AVC isquêmico em qualquer território encefálico;

b) Possibilidade de iniciar a infusão da Alteplase dentro de 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas (para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido);
c) Tomografia Computadorizada (TC) de Crânio ou Ressonância Magnética (RM) de Crânio sem evidência de hemorragia e,
d) Idade superior a 18 anos.

7.1.2 Critérios de exclusão (qualquer critério exclui o paciente da trombólise química)

a) Uso de anticoagulantes orais inibidores da Vitamina K com tempo de pró-trombina (TP) > 15 segundos (RNI>1,7);
b) Uso de novos anticoagulantes orais (NOACs) nas últimas 24 horas;
c) Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado;
d) AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses;
e) História pregressa de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
f) TC Crânio com hipodensidade precoce ≥ 1/3 do território da artéria cerebral média;
g) Pressão arterial (PA) sistólica ≥185 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
h) Melhora completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
i) Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;
j) Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;
k) Punção arterial em local não compressível na última semana;
l) Coagulopatia com TP prolongado (RNI>1,7), TTPa elevado, ou plaquetas <100.000/mm³;
m) Glicemia < 50 mg/dL com reversão dos sintomas após a correção;
n) Evidência de endocardite ou êmbolo séptico;
o) Gravidez (contraindicação relativa);
p) Infarto do miocárdio recente – nos últimos 3 meses (contraindicação relativa) ou;
q) Suspeita clínica de hemorragia subaracnóidea ou dissecção aguda de aorta.

Obs.1: **Paciente com critério de EXCLUSÃO para trombólise:** seguir o mesmo manejo que aqueles com MAIS de 4 horas e 30 minutos de Ictus.

Obs.2: **Pacientes ELEGÍVEIS para trombólise:** é necessário a discussão com os familiares ou responsáveis sobre os riscos e benefícios do tratamento, bem como realizar o adequado registro por escrito no prontuário do paciente.

7.2 Iniciar Protocolo de reperfusão química: trombólise com alteplase

- **Apresentações da Alteplase:**
  - 50 mg/ml
  - 20 mg/ml
  - 10 mg/ml
- **Dose:** 0,9 mg/kg (dose máxima: 90 mg)
- **Infusão:**
  - 10% em Bolus em 1 minuto
  - 90% em Bomba de Infusão em 1 hora

7.3 Cuidados durante a trombólise

DURANTE TROMBÓLISE		
	Manter Paciente em leito de Terapia Intensiva com Monitorização Contínua	Monitorização cardíaca contínua não invasiva (PA e Frequência Cardíaca com traçado Eletrocardiográfico) Oximetria de pulso e Frequência Respiratória Temperatura axilar
	Realizar avaliação física com NIHSS: 15, 30, 45 e 60 minutos	
	NÃO utilizar quaisquer medicações por via oral	
	Manejo da Pressão Arterial	Manter abaixo de **180 x 105 mmHg**, idealmente com **PAS ~160 mmHg**, com controle **APENAS** com **Nitroprussiato de Sódio** (**Nipride**) em Bomba de Infusão Contínua Se **PAS < 140 mmHg**, cessar tratamento anti-hipertensivo e realizar infusão de Soro Fisiológico 0,9% e, se necessário, Vasopressor
	Manejo do Nível de Consciência	Repetir **TC Crânio** se diminuição de 2 pontos na Escala de Coma de Glasgow ou aumento de 4 pontos no NIHSS Considerar Intubação Orotraqueal (IOT) se Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 OU Sinal clínico de Insuficiência Respiratória (pO2 < 60 mmHg ou pCO2 > 50 mmHg)
	Manter Cabeceira elevada a 30°	
	Não inserir quaisquer dispositivos com risco de sangramento em sítios não compressíveis (Sonda Nasoenteral, Sonda Vesical de Demora, Monitor de Pressão Intra-Arterial, etc)	

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

7.4 Cuidados até 24 horas após a trombólise

ATÉ 24 HORAS APÓS TROMBÓLISE		
	Manter Paciente em leito de Terapia Intensiva com Monitorização Contínua com mesmos parâmetros anteriores	
	Realizar avaliação física com NIHSS:	De 1/1h até completar 6 horas do término da infusão De 2/2h de 6 a 24h do término da infusão
	Manter paciente em Dieta Zero	
	Glicemia Capilar com 8h, 16h e 24h do término da infusão	Alvo glicêmico de 140-180 mg/dL. Caso haja necessidade de correção com Insulina Regular, atenção quanto a possibilidade de hipoglicemia
	Coletar Exames Laboratoriais	Hemograma Completo Lipidograma Coagulograma Sódio Potássio Glicemia Creatinina Uréia
	NÃO utilizar quaisquer medicações por via oral	
	Manter manejo de Pressão Arterial, com objetivo de diminuir PA em até 10-15% em 24 horas e evitando PAS < 140 mmHg	
	Manter manejo de Nível de Consciência	
	Manter Cabeceira elevada a 30°	
	Não inserir quaisquer dispositivos com risco de sangramento em sítios não compressíveis (Sonda Nasoenteral, Sonda Vesical de Demora, Monitor de Pressão Intra-Arterial, etc.), excetuando em casos de necessidade maior (avaliar risco e benefício)	
	Repetir **TC Crânio** após 24 horas do término da Trombólise	

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

7.5 Cuidados após 24 horas da trombólise

APÓS 24 HORAS APÓS TROMBÓLISE		
	Dieta suspensa até avaliação da adequada capacidade de deglutição pela Fonoaudiologia	
	Retornar medicações orais de uso prévio (utilizar Sonda Nasoenteral se houver disfagia que impeça tomada oral das medicações)	
	Iniciar Profilaxia Secundária	**Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg** 01 comprimido após o almoço **Sinvastatina 40mg** 01 comprimido após o jantar
	Observações quanto a Profilaxia Secundária	Se houver contraindicação ao AAS, iniciar **Clopidogrel 75mg** 01 comprimido após o almoço Em caso de AVCi de Etiologia Cardioembólica, avaliar possibilidade, melhor momento e medicação ideal para Anticoagulação
	Iniciar Profilaxia para **Trombose Venosa Profunda** (TVP)	**Enoxaparina 40mg** 01 ampola via Subcutânea 01 vez ao dia OU **Heparina Não Fracionada 5.000 UI** (em caso de insuficiência renal) Subcutâneo de 8 em 8 horas
	Iniciar **Terapias de Reabilitação** de acordo com a necessidade do paciente	**Fisioterapia Motora** **Fisioterapia Respiratória** **Fonoaudiologia** **Terapia Ocupacional** **Nutrição** **Psicologia**

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

7.6 Metas durante internação hospitalar

O paciente deve sair da internação com a investigação etiológica completa da causa do AVC - Classificação TOAST (ver Anexo D). Realizar os seguintes procedimentos (se indisponível na unidade hospitalar, encaminhar o paciente para realização em outro serviço):

a) Todos os pacientes (realizar antes da alta hospitalar):
   - ECG em repouso;
   - Ecocardiograma Transtorácico;
   - Ultrassom-Doppler de Vasos Cervicais (Carótidas e Vertebrais); e
   - Rastreio para Diabetes Mellitus e Dislipidemia.

b) Pacientes < 45 anos ou ≥ 45 anos que não apresentam fatores de risco e com investigação inicial negativa: Pode incluir RM Crânio, estudo de imagem dos vasos

intracranianos e extracranianos, Investigação de causas inflamatórias, trombofilias e doenças genéticas (quando história clínica compatível).

c) Paciente sem etiologia identificada com possibilidade de quadro embólico pela forma de apresentação e/ou aspecto de imagem: Holter de 24h para avaliação de fibrilação atrial paroxística (pode ser realizado após alta hospitalar).

7.7 Plano de alta hospitalar

8 Condução do AVC Isquêmico: Ictus com mais de 4 horas e 30 minutos.

Excetuando as diferenças de manejo elencadas abaixo, não há diferenças maiores no cuidado ao paciente, de modo que todo paciente com AVC isquêmico deve ser tratado como uma Emergência Médica e, mesmo na ausência de realização de terapia reperfusional, deve ser encaminhado a um hospital e acompanhado em leito de terapia intensiva, visto que a deterioração clínica do paciente aumenta de forma considerável a morbimortalidade.

DIFERENÇAS COMPARADO AO MANEJO DO AVCi COM MENOS DE 4 HORAS E 30 MINUTOS DO ICTUS	
AVCi com MENOS de 4 horas e 30 minutos do Ictus	**AVCi com MAIS de 4 horas e 30 minutos do Ictus**
Passível de tratamento reperfusional químico (Trombólise com Alteplase)	Tratamento reperfusional químico (Trombólise com Alteplase) **NÃO** indicado
OBRIGATÓRIO manejo em Hospital de Referência para AVC da Rede Estadual de Saúde	Manejo pode ser realizado em qualquer Hospital da Rede Estadual de Saúde
NÃO deve ser utilizado medicações por via oral nas primeiras 24 horas caso paciente seja trombolisado	Pode utilizar medicações por via oral nas primeiras 24 horas

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

8.1 Cuidados durante internação hospitalar

Manter Paciente em leito de Terapia Intensiva com Monitorização Contínua	Monitorização cardíaca contínua não invasiva (PA e Frequência Cardíaca com traçado Eletrocardiográfico) Oximetria de pulso e Frequência Respiratória Temperatura axilar
Manter Cabeceira elevada a 30°	
Dieta suspensa até avaliação da adequada capacidade de deglutição pela Fonoaudiologia	
Retornar medicações orais de uso prévio após 24 horas do ictus (utilizar Sonda Nasoenteral se houver disfagia que impeça tomada oral das medicações)	
Iniciar Profilaxia Secundária	**Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg** 01 comprimido após o almoço (primeira dose logo à admissão) **Sinvastatina 40mg** 01 comprimido após o jantar (primeira dose logo à admissão)
Observações quanto a Profilaxia Secundária	Se houver contraindicação ao AAS, iniciar **Clopidogrel 75mg** 01 comprimido após o almoço Em caso de AVCi de Etiologia Cardioembólica, avaliar possibilidade, melhor momento e medicação ideal para **Anticoagulação**

Manejo da Pressão Arterial	Manter abaixo de **220 x 120 mmHg**, idealmente PAS > 160 mmHg, reduzindo em cerca de 10-15% a cada 24 horas, com controle **APENAS** com **Nitroprussiato de Sódio (Nipride)** em Bomba de Infusão Contínua nas primeiras 24 horas (retornar Anti-Hipertensivos orais de uso prévio após 24 horas do ictus) Se **PAS < 140 mmHg**, cessar tratamento anti-hipertensivo e realizar infusão de **Soro Fisiológico 0,9%** e, se necessário, Vasopressor
Manejo do Nível de Consciência	Repetir **TC Crânio** se diminuição de 2 pontos na Escala de Coma de Glasgow ou aumento de 4 pontos no NIHSS Considerar Intubação Orotraqueal (IOT) se Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 OU Sinal clínico de Insuficiência Respiratória (pO2 < 60 mmHg ou pCO2 > 50 mmHg)
Iniciar Profilaxia para **Trombose Venosa Profunda** (TVP)	**Enoxaparina 40mg** 01 ampola via Subcutânea 01 vez ao dia OU **Heparina Não Fracionada 5.000 UI** (em caso de insuficiência renal) Subcutâneo de 8 em 8 horas
Iniciar **Terapias de Reabilitação** de acordo com a necessidade do paciente	**Fisioterapia Motora** **Fisioterapia Respiratória** **Fonoaudiologia** **Terapia Ocupacional** **Nutrição** **Psicologia**

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

8.2 Metas durante internação hospitalar

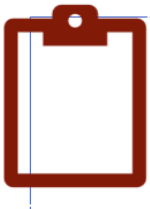
O paciente deve sair da internação com a investigação etiológica completa da causa do AVC - Classificação TOAST (ver Anexo D). Realizar os seguintes procedimentos (se indisponível na unidade hospitalar, encaminhar o paciente para realização em outro serviço):

a) Todos os pacientes (realizar antes da alta hospitalar):
   - ECG em repouso;
   - Ecocardiograma Transtorácico;
   - Ultrassom-Doppler de Vasos Cervicais (Carótidas e Vertebrais) e
   - Rastreio para Diabetes Mellitus e Dislipidemia.

b) Pacientes < 45 anos ou ≥ 45 anos que não apresentam fatores de risco e com investigação inicial negativa: Pode incluir RM Crânio, estudo de imagem dos vasos intracranianos e extracranianos, Investigação de causas inflamatórias, trombofilias e doenças genéticas (quando história clínica compatível);

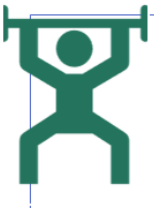
c) Paciente sem etiologia identificada com possibilidade de quadro embólico pela forma de apresentação e/ou aspecto de imagem: Holter de 24h para avaliação de fibrilação atrial paroxística (pode ser realizado após alta hospitalar).

8.3 Plano de alta hospitalar



Relatório Médico

Receita Médica



Encaminhamento para Terapias de Reabilitação

Necessidades Especiais

- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)
- Próteses e Órteses
- Materiais para cuidados domiciliares (ex: cadeira de rodas, de banho, colchão específico, etc)

Encaminhamento para Ambulatório de Seguimento Pós-AVC e/ou Atenção Primária

9 Ataque Isquêmico Transitório (AIT)

DEFINIÇÃO

Episódio de Déficit Neurológico Focal Súbito com:

- Recuperação completa em < 24 horas; e
- Ausência de alterações vasculares agudas em exame de imagem, idealmente RM Crânio.

O paciente que apresentar Déficit Neurológico Focal Súbito com duração > 24 horas OU lesão isquêmica aguda em exame de imagem deverá ser tratado como **AVC ISQUÊMICO.**

9.1 Cuidados gerais

Aplicar Escore ABCD2 (Anexo C) – preditor de AVC após episódio de AIT	Se ABCD2 ≥ 4, prosseguir internação do paciente em leito de terapia intensiva com Monitorização semelhante AVC isquêmico Se ABCD2 < 4, prosseguir internação do paciente em enfermaria
Avaliar exame de imagem, idealmente RM Encéfalo (TC Crânio se impossibilidade de realização de RM)	Se exame alterado por Lesão Vascular Aguda, seguir condução de acordo com achado (AVCi ou AVCh) Se exame normal, prosseguir acompanhamento como AIT
Iniciar Profilaxia Secundária para Lesões Vasculares Isquêmicas	AAS 100 mg/dia e Clopidogrel 75 mg/dia (Dupla Antiagregação Plaquetária - DAPT) por 90 dias, após mantendo apenas AAS 100mg/dia Sinvastatina 40mg/dia
Manejo de Pressão Arterial	Manter PAS < 140 mmHg e iniciar / otimizar anti-hipertensivos
Retornar medicações orais de uso prévio	
Manter Cabeceira elevada a 30°	

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

9.2 Metas durante internação hospitalar

O paciente deve sair da internação com a investigação etiológica completa em no máximo 5 dias. Realizar os seguintes procedimentos (se indisponível na unidade hospitalar, encaminhar o paciente para realização em outro serviço):

a) Todos os pacientes (realizar antes da alta hospitalar):

- ECG em repouso;
- Ecocardiograma Transtorácico;
- Ultrassom-Doppler de Vasos Cervicais (Carótidas e Vertebrais); e
- Rastreio para Diabetes Mellitus e Dislipidemia.

Após observação clínica, constatação de ausência de alterações em exames de imagem, investigação etiológica e início de profilaxia secundária, paciente pode receber alta hospitalar a partir de 48 horas do início da internação, devendo ser agendada consulta em Ambulatório de Neurologia até 7 dias da alta hospitalar para seguimento e dada a orientação ao paciente e aos familiares para procurar a Emergência se novo sintoma de AVC.

9.3 Plano de alta hospitalar

10 Condução do AVC Hemorrágico

10.1 Cuidados gerais

Estes pacientes devem ser imediatamente transferidos para Centros de Alta Complexidade com Neurocirurgia

Manter Paciente em leito de Terapia Intensiva com Monitorização Contínua	Monitorização cardíaca contínua não invasiva (PA e Frequência Cardíaca com traçado Eletrocardiográfico) Oximetria de pulso e Frequência Respiratória Temperatura axilar
Caso paciente esteja em uso de **Anticoagulantes Orais**, cessar uso imediatamente	Em caso de uso de **Varfarina** (**Marevan**) com INR maior que 2,0, reverter utilizando **Vitamina K endovenosa** e/ou **Concentrado de Complexo Protrombínico** (ou **Plasma Fresco Congelado**) Em caso de uso de **Heparina Não Fracionada**, infundir **Protamina** como antídoto Em caso de uso de **Enoxaparina**, pode-se utilizar **Protamina** para reversão parcial do efeito
O uso de medidas para Reversão de Efeito Antiagregante (em caso de paciente usuário de AAS ou Clopidogrel) ou o uso de Ácido Tranexâmico (Transamin) **NÃO** está bem estabelecido, devendo ser evitado	
Dieta suspensa até avaliação da adequada capacidade de deglutição pela Fonoaudiologia	
Retornar medicações orais de uso prévio após 24 horas do ictus (utilizar Sonda Nasoenteral se houver disfagia que impeça tomada oral das medicações)	
Manter Cabeceira elevada a 30°	

Manejo da Pressão Arterial: Manter Pressão Arterial Sistólica (PAS) em torno de 140 mmHg (fundamental para evitar a expansão da hemorragia)	Se **PAS > 200 mmHg** ou **PAM > 150 mmHg**: redução da PA com medicação endovenosa contínua (**Nitroprussiato de Sódio – Nipride**) e monitorização invasiva contínua (na impossibilidade de monitorização invasiva, monitorar de forma intermitente a cada 5 min) Se **PAS > 180 mmHg** ou **PAM > 130 mmHg** com possibilidade de **Hipertensão Intracraniana** (HIC): Monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) e redução da PA usando medicações endovenosas contínuas ou intermitentes, mantendo a PPC ≥ 60mmHg Se **PAS < 140 mmHg** ou sinais de **hipovolemia**, infundir Soro Fisiológico 0,9%
Manter avaliação de glicemia diária de 8/8h com correção de hiper- ou hipoglicemia com insulina regular conforme controle de dextro ou glicose endovenosa, respectivamente	
Profilaxia de **Trombose Venosa Profunda** (TVP)	Em pacientes que não conseguem deambular: Utilizar **Meias de Compressão Pneumática** e profilaxia medicamentosa com **Enoxaparina 40mg** SC 1x/dia ou **Heparina Não Fracionada** 5.000 UI SC 8/8h
Pacientes com história pregressa de **Epilepsia** ou com **Crise Convulsiva** durante o atual evento	Iniciar **Fenitoína 100 mg** 8/8h, por via endovenosa (**NÃO** administrar comprimidos por via Nasoenteral) Nos demais casos, **NÃO** há indicação de profilaxia com anticonvulsivantes.
Controle da temperatura corporal de 2/2h, mantendo a temperatura axilar abaixo de 37,8°C, com manejo agressivo, se necessário	

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

10.2 Cuidados específicos para AVC Hemorrágico Intraparenquimatoso

Iniciar Monitorização da **Pressão Intracraniana** (PIC) para auxílio no cálculo de **Pressão de Perfusão Cerebral** (PPC) se: *Alvo Terapêutico:* *PIC < 20 mmHg E* *PPC > 60 mmHg*	Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 ou com **RÁPIDA PIORA NEUROLÓGICA** **HEMATOMAS VOLUMOSOS** (supratentorial >10mL e infratentorial > 3mL) **HEMOVENTRÍCULO** Necessidade de sedação
Indicações de **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EMERGÊNCIA**	**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 VOLUMOSOS** lobares supratentoriais > 30mL, a menos de 1cm do córtex Hemorragia intracraniana associada à **LESÃO ESTRUTURAL** **JOVENS** com moderadas ou grandes hemorragias lobares que estejam clinicamente deteriorando
Ventriculostomia com monitorização da PIC intraventricular deve ser realizada 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**, solicitar exame de imagem para **Estudo Vascular Cerebral**	

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

10.3 Cuidados específicos para AVC Hemorrágico Subaracnóide

Em caso de Hemorragia Subaracnóide por **ANEURISMA ROTO**, a **Clipagem Cirúrgica** ou **Tratamento Endovascular** precoce deve ser realizado o mais breve possível para reduzir a taxa de ressangramento, idealmente nas primeiras 48 horas da hemorragia, e permitir um melhor tratamento do vasoespasmo

VASOESPASMO CEREBRAL é uma condição associada à Hemorragia Subaracnóide (geralmente a partir do 3° dia) e deve ser sistematicamente monitorado através do **Doppler Transcraniano** (DTC)	Se não houver DTC disponível, pode ser utilizada a **Angiotomografia de Vasos Intracranianos** (AngioTC Arterial de Crânio) O diagnóstico definitivo é feito por meio de **Angiografia Cerebral** Deve-se utilizar **Nimodipino** 30 mg 2 comprimidos via oral de 4/4h, da chegada até 21 dias do evento, para prevenção de vasoespasmo Pacientes com **VASOESPASMO SINTOMÁTICO** devem ser manejados com hidratação e aumento da Pressão Arterial e, se não houver melhora do quadro neurológico focal em 1-2 horas, recomenda-se angioplastia cerebral e/ou uso de vasodilatador intra-arterial

Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE

10.4 Metas durante internação hospitalar

A **Hipertensão Arterial** é a causa mais comum de AVCh e, deste modo, a principal meta durante internação é alcançar controle pressórico adequado e iniciar precocemente terapias de reabilitação.

Investigar a etiologia em pacientes normotensos, pacientes jovens, clinicamente estáveis, sem causa clara para a hemorragia.

Solicitar um exame para avaliação vascular intracraniana para exclusão de aneurismas ou malformações arteriovenosas:

- Angiotomografia (AngioTC Arterial de Crânio) ou Angiorresssonância (AngioRM Arterial de Crânio);
- Se persistir a dúvida etiológica, deve ser realizada Arteriografia (padrão ouro para diagnóstico de aneurisma, malformação arteriovenosa - MAV, trombose de seio venoso ou fístula dural).

A Ressonância Magnética 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 a intervenção ou ainda neoplasia.

10.5 Plano de Alta Hospitalar

Referências

AMIN, Hardik P., et al. **Diagnosis, Workup, Risk Reduction of Transient Ischemic Attack in the Emergency Department Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association**. Stroke, vol. 54, nº. 3, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), Mar. 2023. Crossref, doi:10.1161/str.0000000000000418.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

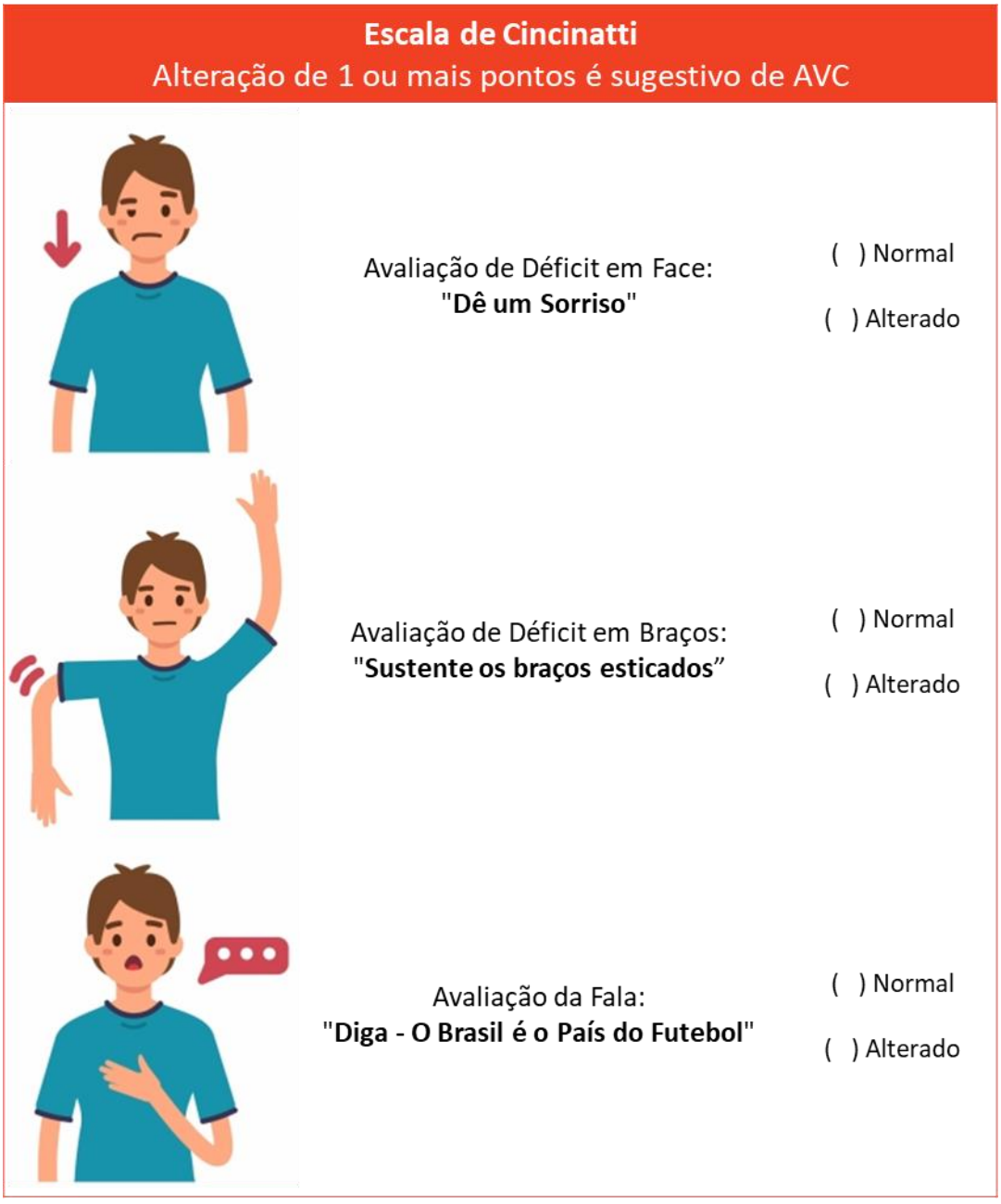
GREENBERG, Steven M., et al. **Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association**. Stroke, vol. 53, nº. 7, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), July 2022. Crossref, doi:10.1161/str.0000000000000407.

KLEINDORFER, Dawn O., et al. **Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association.** Stroke, vol. 52, nº. 7, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), July 2021. Crossref, doi:10.1161/str.0000000000000375.

POWERS, William J., et al. **Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association**. Stroke, vol. 50, n°. 12, Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), Dec. 2019. Crossref, doi:10.1161/str.0000000000000211.

Anexo

Anexo – A: Escala de Cincinatti



Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE.

Anexo –B: National Institute of Health Stoke Scale- NIHSS

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS		
Parâmetro	**Avaliação**	**Pontuação**
1a. Nível de consciência Escolher uma alternativa mesmo se avaliação estiver prejudicada por tubo endotraqueal, linguagem ou trauma. Dar 3 somente se não for obtida resposta aos estímulos dolorosos.	0 = alerta 1 = desperta com estimulo verbal 2 = desperta somente com estímulo doloroso 3 = respostas reflexas ou ausência de resposta aos estímulos dolorosos	( )
1b. Orientação (idade e mês) Resposta tem de ser correta, não há nota parcial. Paciente com afasia ou com alteração do nível de consciência, que não compreende as perguntas, receberão 2. Pacientes com intubação orotraqueal, trauma, disartria grave ou qualquer problema não secundário a afasia receberão 1.	0 = ambas corretas 1 = uma questão correta 2 = ambas incorretas	( )
1c. Comandos (abrir e fechar olhos e apertar e soltar a mão) Realizar com a mão não parética. Substituir por outro comando se as mãos não puderem ser utilizadas. Crédito se a tentativa for realizada, mas não completada devido ao déficit neurológico. Se não responder ao comando devem ser utilizados gestos.	0 = ambas corretas 1 = uma tarefa correta 2 = ambas incorretas	( )
2. Motricidade ocular (voluntária ou olhos de boneca) Somente o olhar horizontal é testado. Se há paresia do III, IV ou VI nervo isolada marque 1. Testar em pacientes afásicos. Pacientes com trauma ocular, ou alteração dos campos visuais devem ser testados com movimentos reflexos. Todos pacientes devem ser testados.	0 = normal 1 = paresia do olhai conjugado 2 = desvio conjugado do olhar	( )

3. Campos Visuais Se houver cegueira monocular os campos visuais do outro olho devem ser considerados. Se o paciente for cego por qualquer outra causa marque 3. Extinção: o paciente recebe 1 e os resultados são utilizados para responder a questão 11.	0 = normal 1 = hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção 2 = hemianopsia completa 3 = cegueira cortical	( )

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS		
Parâmetro	**Avaliação**	**Pontuação**
4. Paresia Facial Considere simetria da contração facial em resposta aos estímulos dolorosos nos pacientes com alteração do nível de consciência.	0 = normal 1 = paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico) 2 = paresia/segmento inferior da face 3 = paresia/segmentos superior e inferior da face	( )
5. Motor membro superior Braços entendidos a 90º (sentado) ou a 45º (deitado) por 10 segundos. Iniciar com o lado não-parético. Paciente afásico utilizar gestos e não utilizar estímulos dolorosos.	0 = sem queda 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta 4 = sem movimento	5a. Esquerdo ( ) 5b. Direito ( )
6. Motor membro inferior O paciente deitado deve elevar a perna a 30º por 5 segundos. Iniciar com o lado não-parético. Paciente afásico utilizar gestos e não utilizar estímulos dolorosos.	0 = sem queda 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta 4 = sem movimento	6a. Esquerdo ( ) 6b. Direito ( )
7. Ataxia apendicular Faça os testes index-nariz e calcanhar-joelho com os olhos abertos em ambos os lados. Ataxia é considerada somente se presente. Se o paciente estiver afasico ou plégico não considerar.	0 = sem ataxia (ou afásico, hemiplégico) 1 = ataxia presente em um membro; 2 = ataxia presente em dois membros.	( )

8. Sensibilidade dolorosa Paciente afásico ou com rebaixamento de consciência = 0 ou 1. AVC de tronco com déficit bilateral = 2. Se o paciente não responder e estiver tetraplégico marque 2. Pacientes em coma devem receber 2.	0 = normal 1 = déficit unilateral, mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso) 2 = paciente não reconhece o estímulo ou coma ou déficit bilateral.	( )

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS		
Parâmetro	**Avaliação**	**Pontuação**
9. Linguagem Pedir para descrever o que está acontecendo na figura, nomear os objetos em anexo e ler as frases. Paciente intubado deve ser solicitado para escrever uma frase. O paciente em coma recebe 3. Paciente em mutismo que não consegue realizar nenhum comando = 3	0 = normal 1 = afasia leve- moderada (compreensível) 2 = afasia severa (quase sem troca de informações) 3 = mudo, afasia global, coma	( )
10. Disartria Paciente deve ler as palavras apresentadas no cartão.	0 = normal 1 = leve a moderada 2 = severa, ininteligível ou mudo. X = intubado	( )
11. Extinção/negligência Se houver grave déficit visual e os estímulos sensitivos normais deve ser considerado normal. Se paciente afásico, mas percebe ambos os lados, é considerado normal. A negligencia deve ser considerada somente quando presente	0 = normal 1 = negligência ou extinção em uma modalidade sensorial 2 = negligência em mais de uma modalidade sensorial	( )
	TOTAL	
	Total	

Fonte: Powers, William J., et al.

ANEXO- C: Escore ABCD2 para acidente Isquêmico Transitória

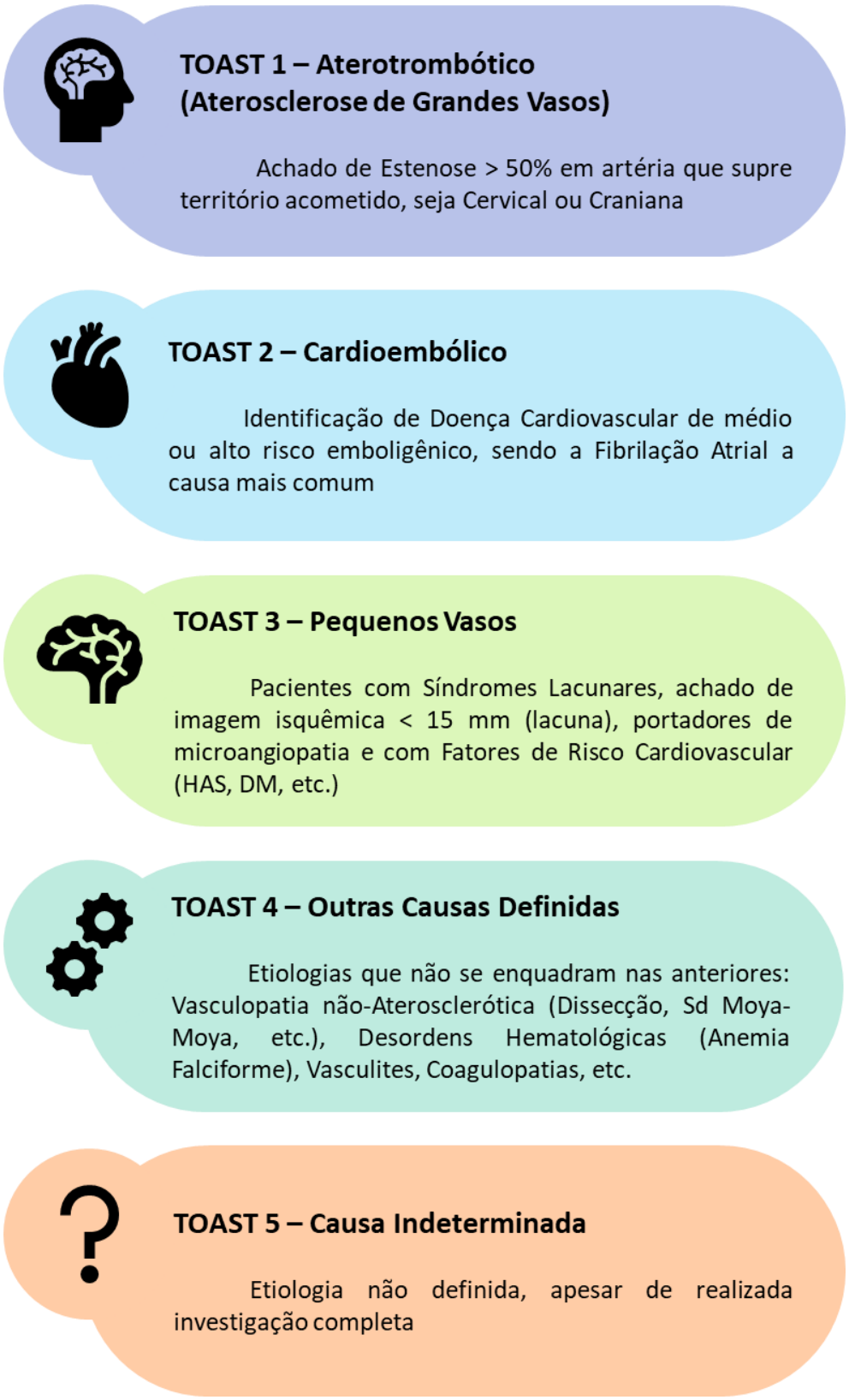
Fator de Risco		Categoria	Escore
A	Idade (Age)	Idade > 60	1
		Idade < 60	0
B	Pressão Arterial (Blood Pressure)	PAS > 140 mmHg e/ou PAD > 90 mmHg	1
		Outro	0
C	Sintomas Clínicos (Clinical Symptoms)	Fraqueza Unilateral	2
		Distúrbio de linguagem sem fraqueza	1
		Outro	0
D	Duração (Duration)	> 60 minutos	2
		10-59 minutos	1
		< 10 minutos	0
D	Diabetes Mellitus	Sim	1
		Não	0
		Total	

Fonte: Powers, William J., et al.

Classificação de risco do AIT

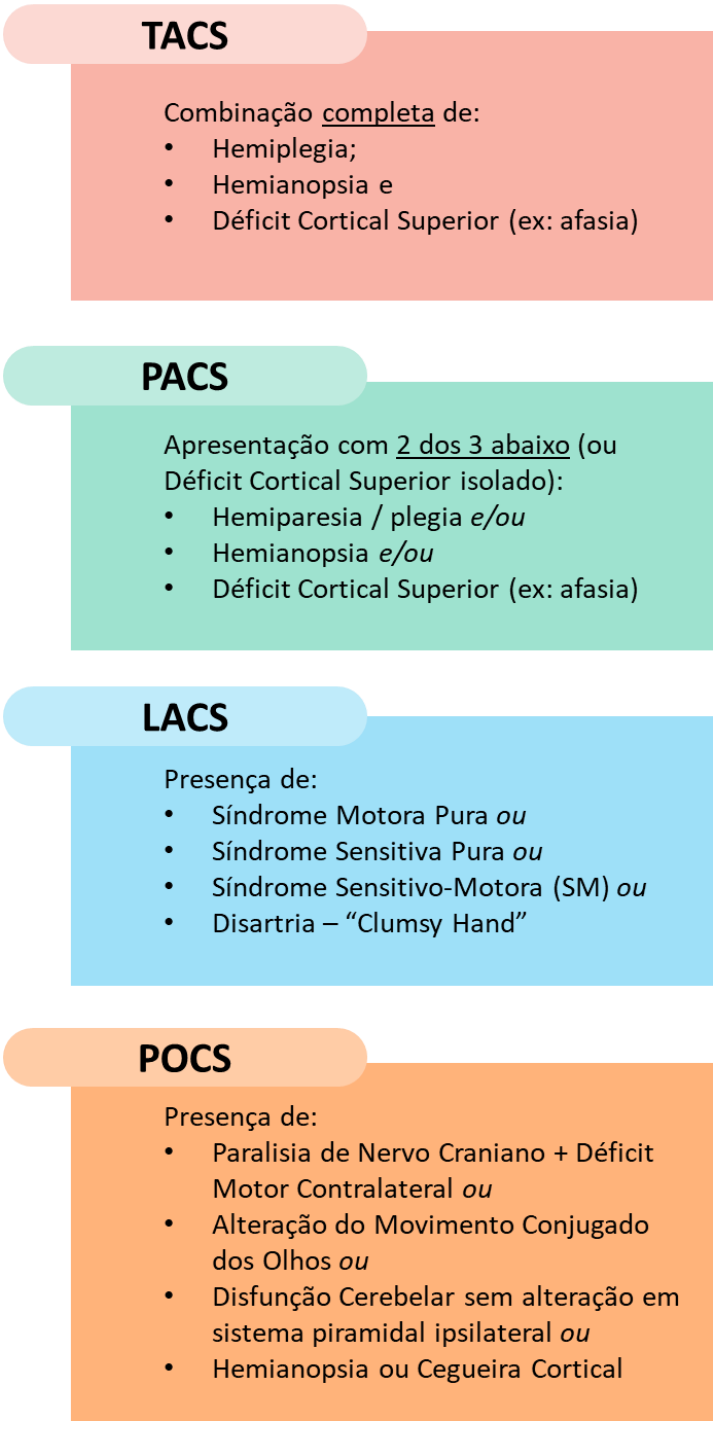
0-3: Baixo Risco
4-5: Moderado Risco
6-7: Alto Risco

ANEXO- D: Classificação etiológica do AVC isquêmico: definida a partir de resultados de exames durante investigação e dividido em 5 itens:



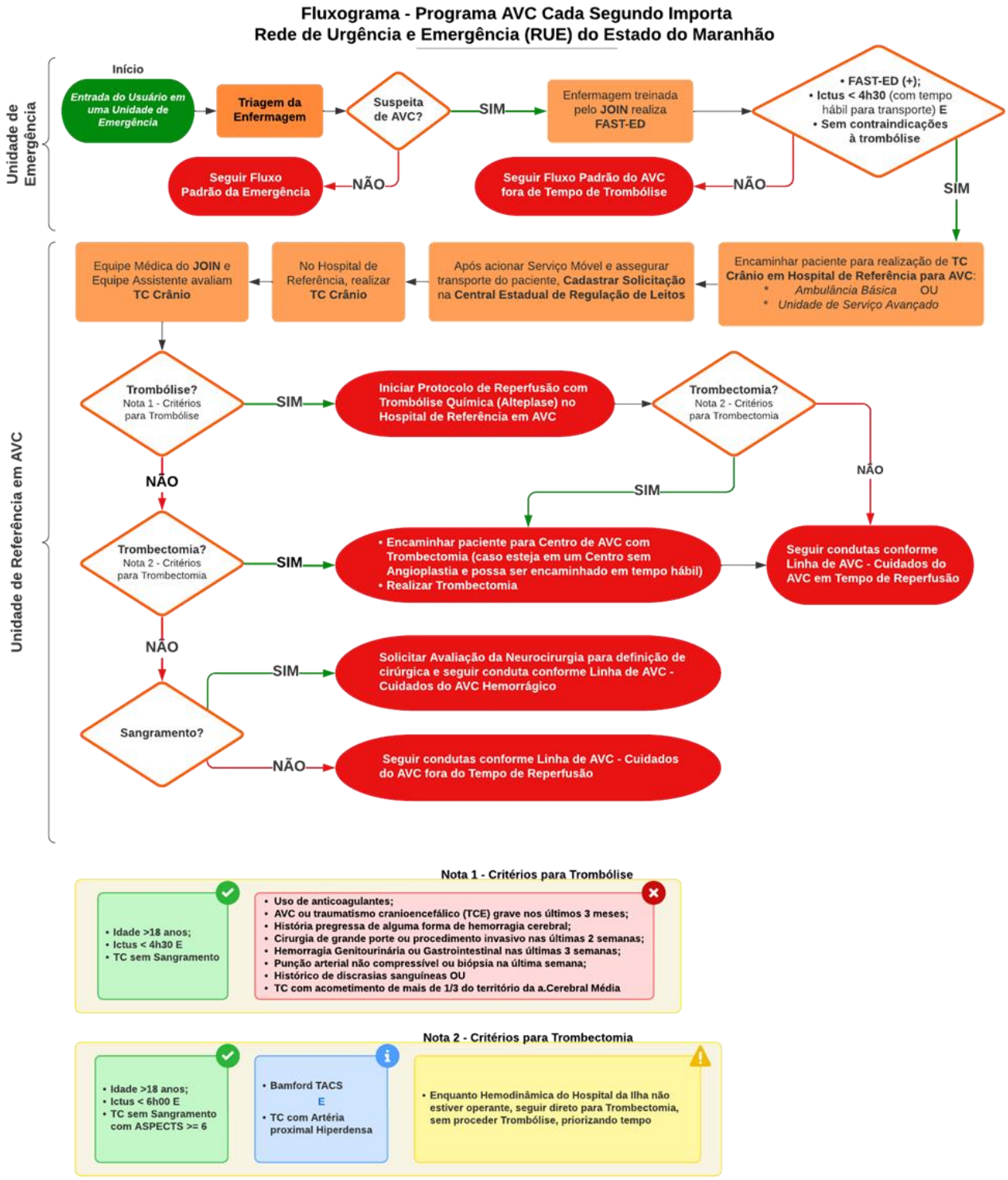
Fonte: Powers, William J., et al.

ANEXO- E: Classificação clínica do AVC: definida a partir dos sintomas:



Fonte: Powers, William J., et al.

Apêndice



Fonte: Criado pelo autor com dados extraídos do Protocolo Internacional do STROKE.

HISTÓRICO DE REVISÕES

DATA	REVISORES	EDIÇÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
02/03/2025	Nagib Abdala Filho Luciana Albuquerque de Oliveira Carla Priscila Mendes Barros Nayane Lara Rocha Farias Suziane Viegas Sousa Myllena Carvalho Veras Letícia Jansen de Castro Rayane de Jesus Pinto Sá	2	Introdução, atualização do fluxo com acréscimo de trombectomia para pacientes selecionados e padronização do protocolo.

VALIDAÇÕES

MARCONE CRUZ MORENO SOARES:03499191350

Digitally signed by MARCONE CRUZ MORENO SOARES:03499191350
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC CERTIFICA ANAPOLIS v5, OU=44182275000169, OU=Videoconferencia, OU=Certificado PF A3, CN=MARCONE CRUZ MORENO SOARES:03499191350
Reason: I am the author of this document
Location:
Date: 2025.04.04 21:14:38-03'00'
Foxit PDF Reader Version: 2024.4.0

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
NAGIB ABDALLA FILHO
Data: 04/04/2025 21:20:46-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
ANNA CINDY ARAUJO LEITE
Data: 05/04/2025 10:44:52-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
LUCIANA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA
Data: 05/04/2025 11:02:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
THALITA PEREIRA VEIGA
Data: 05/04/2025 10:52:45-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
SUZIANE VIEGAS SOUSA
Data: 05/04/2025 12:03:17-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
CARLA PRISCILA MENDES BARROS
Data: 05/04/2025 12:09:33-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
RAYANE DE JESUS PINTO SA
Data: 05/04/2025 14:07:03-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
NAYANE LARA ROCHA FARIAS
Data: 05/04/2025 14:18:59-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
MYLLENA CARVALHO VERAS
Data: 05/04/2025 14:28:22-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

gov.br Documento assinado digitalmente
LETICIA JANSEN DE CASTRO
Data: 05/04/2025 15:01:37-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____

DATA: ____/____/____

APROVAÇÃO

gov.br Documento assinado digitalmente
KATIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVAO
Data: 05/04/2025 14:36:18-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

DATA: ____/____/____