

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Manejo Clínico Gerenciado da Sepse e do Choque Séptico no Paciente Adulto

Versão: 3 | 2026

SUPERINTENDENTE
LUCIANA ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

CHEFE DE SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE
LUCIANA PAIVA

CHEFE DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CRISTINA DA CUNHA HUEB BARATA DE OLIVEIRA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 2/2/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UVS.004

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



1. OBJETIVO

Apresentar aos profissionais médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) o manejo clínico gerenciado da sepse e do choque séptico no paciente adulto internado. Padronizar a identificação e o tratamento precoce da sepse e do choque séptico, para garantir condutas baseadas em evidências científicas e boas práticas assistenciais. Os potenciais benefícios do protocolo são:

- Redução da mortalidade;
- Redução no tempo de internação hospitalar;
- Redução nos custos do tratamento;
- Retorno precoce do paciente a suas atividades habituais;
- diferencial na qualidade do atendimento multiprofissional.

2. DEFINIÇÃO

✓ Sepse: presença de uma infecção associada a uma disfunção orgânica nova, que é determinada pelo aumento maior ou igual a 2 pontos do escore total do SOFA basal do paciente (Sequential Organ Failure Assessment)

✓ Choque séptico: presença de hipotensão arterial com necessidade de vasopressor para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e persistência do lactato sérico acima de 18 mg/dL, após ressuscitação volêmica adequada.

3. AVALIAÇÃO INICIAL

3.1 Suspeita Clínica (Triagem)

Os pacientes, na presença de sinais sugestivos de infecção com comprometimento de funções orgânicas, devem ser rapidamente investigados para sepse e, se diagnóstico provável, iniciar as medidas necessárias. Podem ser adotados vários escores para identificar pacientes com SIRS – Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica: febre ou hipotermia; taquicardia; taquipneia; leucocitose com 10% de formas jovens. A presença de dois critérios é suficiente para alertar a equipe a avaliar se a causa é infecciosa.

Tabela 1. NEWS - National Early Warning Score (Pontuação Nacional de Aviso Precoce)

	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (FR)	≤ 8		9 – 11	12 – 20		21 – 24	≥ 25
Oximetria	≤ 91	92 – 93	94 – 95	≥ 96			
Oxigênio?		Sim		Não			
Temp. (temperatura)	≤ 35,0		35,1 - 36	36,1 - 38	38,1 - 39	≥ 39,1	
Pressão arterial sistólica (PAS)	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219		111 - 130	≥ 220
Frequência cardíaca (FC)	≤ 40		41 - 50	51 - 90	31 - 110		≥ 131
Consciência				A			V, P ou U

Legenda: A: Alerta V: responde comando verbal, P: responde a dor, U: não responsivo

Define-se com NEWS ≥ 5 ou único parâmetro na coluna de 3 pontos (“red score”), médio risco para eventos adversos, dentre eles, a sepse.

Os profissionais da saúde, independente da área, devem reconhecer estes sintomas/sinais e acionar a equipe médica a fim de definir o diagnóstico e iniciar medidas específicas.



Figura 1. Sintomas/sinais

Cada alteração equivale a 1 ponto. 2 de 3 critérios do Quick SOFA - Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment (FR ≥ 22 ipm; alteração mental; PAS ≤ 100 mmHg), indica entre os pacientes com sepse, aqueles de alto risco para morte fora da Unidade de Terapia Intensiva.

3.2 Identificação de Pacientes com Disfunção Orgânica

A partir da suspeita clínica de gravidade de um paciente deverão ser utilizados parâmetros, a fim de avaliar presença de disfunções orgânicas e sua relação com o processo infeccioso.

A definição de disfunção orgânica é baseada nas recomendações do Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS):

- Alteração aguda do nível de consciência ou confusão mental;
- PA sistólica < 90 mmHg ou PA média < 65 mmHg;
- SatO₂ (saturação de oxigênio) $< 93\%$ ou piora aguda da função respiratória;
- Débito urinário $< 0,5$ ml/kg/h por mais de 2 horas
- Creatinina $> 2,0$ mg/dl ou piora nas últimas 24 horas;
- Bilirrubina $> 2,0$ mg/dl ou piora nas últimas 24 horas;
- Lactato acima de 2 vezes o limite superior da normalidade;
- Plaquetas $< 100\,000$ mm³;
- Coagulopatia (INR $> 1,5$ ou TTPA > 60 seg).

A cada sistema é atribuída uma pontuação de 0 (classificado como dentro dos parâmetros de normalidade) e 4 (alto grau de disfunção), totalizando um máximo de 24 pontos. O paciente com quadro de infecção mesmo presumida E 2 pontos no Escore SOFA, deve receber o diagnóstico de Sepse.

SCORE SOFA	0	1	2	3	4
Respiração PaO ₂ /FiO ₂ ou SaO ₂ /FiO ₂	>400	<400 221-301	<300 142 - 220	<200 67-141	<100 <67
Coagulação (Plaquetas/ mm ³)	>150.000	<150.000	<100.000	<50.000	<20.000
Fígado BT (mg/dL)	<1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 5,9	6,0 – 11,9	>12,0
Cardiovascular Hipotensão (PAM em mmHg)	Sem hipotensão	PAM<70	Dopamina ≤ 5µg/kg/min ou dobuta	Dopamina> 5µg/kg/min Nora ≤ 0,1	Dopamina> 15µg/kg/min Nora > 0,1
Neuro Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Rim Creatinina (mg/dL) Débito urinário (ml/24 horas)	<1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 3,4	3,5 – 4,9 <500 mL	>5,0 <200 mL

Figura 2. Score SOFA. Lembrete: A ausência dos critérios de NEWS não exclui o diagnóstico de sepse. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas no protocolo. Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de sepse, suspender a antibioticoterapia. Nos casos de sepse onde há necessidade de abordagem cirúrgica NÃO DEVEM ter o procedimento protelado, com justificativa de aguardar a estabilização do quadro clínico para realização do mesmo.

3.3 Reconhecimento dos pacientes com choque séptico

Nos pacientes com diagnóstico de sepse que apresentem elevação do lactato acima de 2 vezes o valor de normalidade E Pressão Arterial Média (PAM) < 65mmHg após ressuscitação volêmica conforme o protocolo e que necessitem de aminas vasoativas devem ser classificados como CHOQUE SÉPTICO.

3.4 Avaliação Inicial na Gestante (Triagem)

Meows" (ou MEOWS, *Modified Early Obstetric Warning Score*) é um sistema de alerta precoce usado na obstetrícia para monitorar sinais vitais de gestantes e puérperas, identificando rapidamente deterioração clínica, como pré-eclâmpsia ou infecções, através de pontuação de parâmetros como frequência respiratória, pressão arterial e cardíaca, ajudando a prevenir complicações graves e reduzir mortalidade materna. Aplica-se para pacientes gestantes e puérperas, no momento da admissão e em intervalos regulares, conforme o risco clínico identificado. A ferramenta é aplicável para triagem e monitoramento, melhorando a avaliação de gravidade.

Escala de Alerta Precoce - MEOWS

Parâmetro	Pontuação 3	Pontuação 2	Pontuação 1	Valores normais	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3
FR (irpm)		≤ 10		11-19		20-29	≥ 30
SatO2 (%)	< 95			95-100			
Tax (°C)	≤ 35°			35,1-37,4°		37,5-37,9°	≥ 38°
PAS (mmHg)	≤ 70	71-79	80-89	90-139	140-149	150-159	≥ 160
PAD (mmHg)		< 45		45-89	90-99	100-109	≥ 110
FC (bpm)		≤ 40	41-50	51-100	101-109	110-119	≥ 120
Resposta neurológica				Alerta	Chamado verbal	Estímulo à dor	Inconsciente
Débito urinário (ml/h)	< 10	< 30					

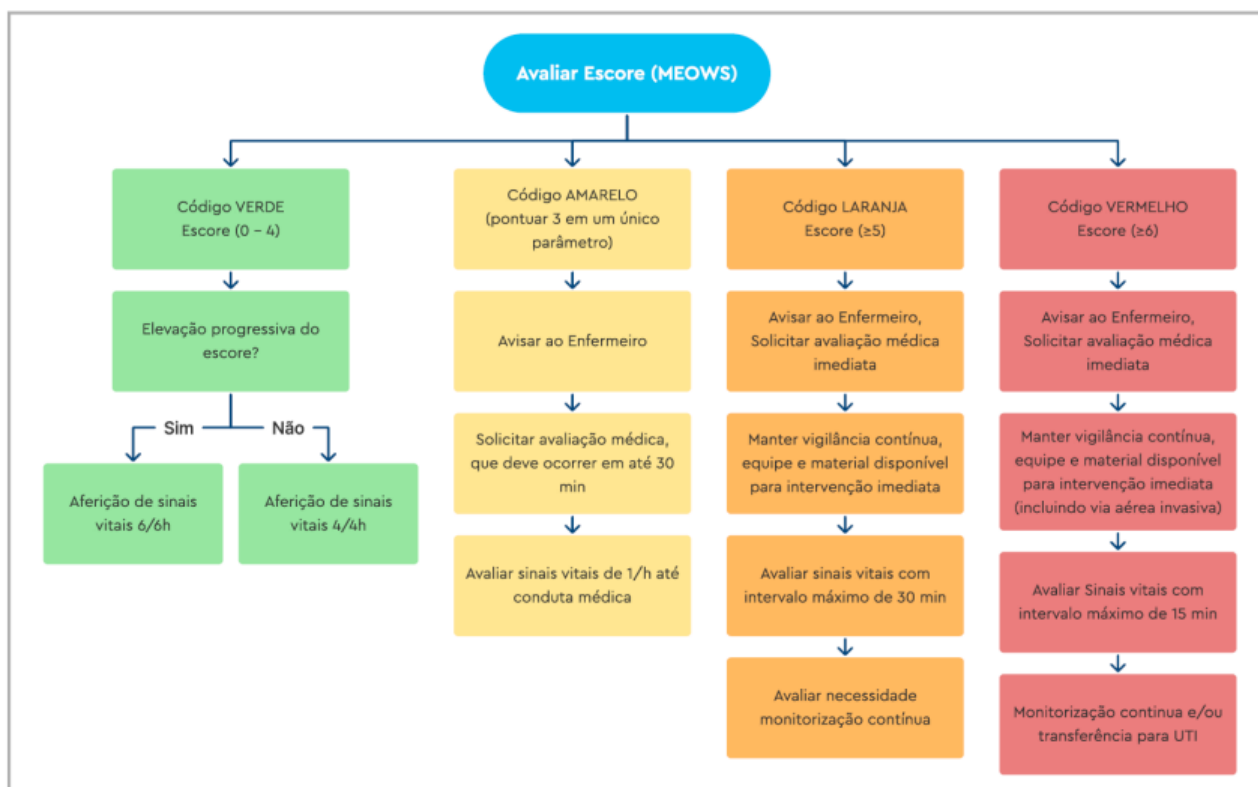


Figura 3. Escala de Alerta Precoce – MEOWS. Fonte: Procedimento Operacional Padrão (POP) IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES OBSTÉTRICAS – MEOWS - Prefeitura Rio de Janeiro – 03/2025 https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/MEOWS_-_IDENTIFICA%C3%87%C3%83O_PRECOCE_DE_DETERIORA%C3%87%C3%83O_CL%C3%8DNICA_EM_PACIENTES_OBST%C3%89TRICAS_-_Bruna_Rafaela_de_Oliveira.pdf

4. EXAMES LABORATORIAIS

Nos pacientes com suspeita de sepse e ou choque séptico a coleta de exames laboratoriais deve ser rápida, dentro da primeira hora após o reconhecimento da sepse. Devem ser solicitados:

- ✓ Hemoculturas: 2 amostras simultâneas coletadas em 2 pontos diferentes;
- ✓ Gasometria Arterial/lactato sérico/Hemograma, Ureia, Creatinina, Bilirrubinas, eletrólitos, TAP, TTPA, fibrinogênio, Glicemia;
- ✓ PCR (Proteína C reativa);

- ✓ Outras culturas relacionadas ao provável foco infeccioso.
- ✓ Exames de imagem conforme o provável foco infeccioso

Observação: o atraso na coleta dos exames NÃO DEVE retardar o início da conduta.

5. MANEJO CLÍNICO

Os pacientes devem ter início rápido da conduta, sendo necessário obter acesso venoso calibroso periférico a fim de iniciar a ressuscitação volêmica. Proceder à monitorização multiparamétrica e suplementação de oxigênio. As medidas abaixo devem ser iniciadas na primeira hora após o reconhecimento da sepse. O tempo para o pacote de 1ª hora passa a contar a partir do momento em que a sepse foi diagnosticada (e não da suspeita inicial).

PACOTE DE 1ª HORA

- Coleta do Lactato Sérico;
- Coleta de Hemoculturas antes do início da antibioticoterapia e dentro da primeira hora após o diagnóstico;
- Início do antibiótico na primeira hora após o diagnóstico
- Início da infusão de cristaloides balanceados (Ringer simples ou Ringer Lactato) a 30ml/kg em pacientes com hipotensão (PAM<65 mmHg) ou lactato sérico 2 vezes o valor normal na primeira hora da instalação da disfunção;
- Uso de vasopressores se PAM inicial menor que 55 mmHg ou se não houve elevação acima de 65 mmHg após a infusão de volume,
- Reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual, usando, por exemplo, fluidoresponsividade, como melhora da consciência ou diurese nas primeiras 6 horas;
- Nova mensuração do lactato par pacientes com hiperlactemia inicial em 2 a 4 horas.

Observações:

- 1) Caso haja necessidade de aumento da titulação de noradrenalina para manutenção da PAM > 65mmHg, deve ser iniciado o segundo vasopressor, sendo indicado a VASOPRESSINA. Na impossibilidade desta é sugerido o uso de EPINEFRINA.
- 2) Os vasopressores podem ser iniciados em acesso venoso periférico até que um acesso venoso central seja garantido a fim de garantir a restauração da PAM.
- 3) Sugere-se o uso de corticoides endovenoso - EV (hidrocortisona 50mg 6/6h) nos pacientes com choque séptico com terapia vasopressora.
- 4) Bicarbonato de Sódio somente deve ser indicado aos pacientes com acidose metabólica com pH < 7,2 e lesão renal (AKIN 2 ou 3).
- 5) Nos pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica induzida por sepse o uso de cateter de O2 por alto fluxo é preferível à ventilação não invasiva.

6. COMPETÊNCIAS/RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Cada membro da equipe multiprofissional terá seu papel primordial na condução e aplicação do pacote de primeira hora, para que as tomadas de decisões sejam efetivamente aplicadas em prol da boa condução e minimização do risco desses pacientes.

0 a 10 minutos:

- Reconhecimento da Sepse – Triagem aplicação do NEWS – Atores: Médicos e Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem;

11 a 20 minutos:



- Acesso venoso calibroso, instalação da monitorização multiparamétrica com anotação em prontuário, oxigenoterapia conforme a necessidade – Atores: Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem;
- Solicitar e garantir a coleta dos exames conforme protocolo – Atores: Médicos;
- Coleta imediata dos exames pelo laboratório – Atores: Laboratoristas e Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem;

21 a 40 minutos:

- Solicitação no portal de apoio e prescrição do antimicrobiano empírico/dirigido e reposição volêmica com cristalóides balanceados conforme protocolo – Atores: Médicos;
- Dispensação e disponibilização do antimicrobiano, conforme Protocolo “Boas Práticas na Prescrição e Dispensação de Antimicrobianos” (*link* nas referências) na respeitando as diretrizes emanadas – Atores: Farmacêuticos;
- Garantir a coleta de hemoculturas antes da primeira dose de antimicrobianos -Atores: Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem;

41 a 60 minutos:

- Administração do antimicrobiano e instalação da soroterapia, monitorização da PAM – Atores: Enfermeiros/Técnicos de Enfermagem;
- Avaliação da fluidoresponsividade (elevação da PAM, TEC < 3s, volume de diurese) e necessidade do início de drogas vasopressoras – Atores: Médicos;
- Registrar e notificar de forma precisa e em tempo real conforme normas institucionais – Atores: Profissionais de Saúde.

7. ANTIBIOTICOTERAPIA NA SEPSE

Nos pacientes com possível choque séptico ou alta probabilidade de sepse, os antimicrobianos devem ser iniciados dentro da primeira hora do reconhecimento da sepse. Nos pacientes com possível sepse sem choque, deve ser realizada uma investigação rápida com curso limitado de tempo e, se a preocupação com a infecção persistir, a administração de antibióticos deve ser iniciada dentro de 3 horas do momento em que a sepse foi reconhecida pela primeira vez. Para adultos com baixa probabilidade de infecção e sem choque o uso de antimicrobianos deve ser postergado enquanto mantiver o monitoramento do paciente.

Quadro 1. Sugestão para uso EMPÍRICO de antimicrobianos

Foco Infecioso	Infecção Comunitária	Infecção Associada a Assistência à Saúde
Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalosporina de 3ª Geração (Ceftriaxone ou Cefotaxima) + Claritromicina • Se diagnóstico CONFIRMADO de DPOC: utilizar Cefepime • Se Pneumonia Aspirativa: Cefalosporina de 3ª geração, associada à Clindamicina (Claritromicina não é necessária nesse contexto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalosporina de 4ª geração (Cefepime) ou Piperacilina/Tazobactan • Se alta prevalência de MRSA: Associar glicopeptídeo • Se uso prévio de Cefalosporina de 4ª geração ou Quinolona: Substituir Piperacilina/Tazobactan por Imipenem • Atenção a germes MDR (Pseudomonas MR, Klebsiela KPC): Discutir com Infectologista da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde (CCIRAS)

Urinário	<ul style="list-style-type: none"> Cefalosporina de 3ª geração 	<ul style="list-style-type: none"> Cefalosporina de 4ª geração ou Carbapenêmico (Discutir com Infectologista da CCIRAS)
Abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Cefalosporina de 3ª geração (Ceftriaxone ou Cefotaxima) + Metronidazol Avaliar risco para infecção por <u>Enterococcus sp</u>: Associar Ampicilina ou Gentamicina 	<ul style="list-style-type: none"> Cefepime + Metronidazol ou Carbapenêmico
Pele e Partes Moles	<ul style="list-style-type: none"> Cefalosporina de 1ª geração (Cefalotina 1g 6/6h ou 4/4h) ou Oxacilina 2g 4/4h Se sinais de necrose: Ceftriaxone + Clindamicina 	<ul style="list-style-type: none"> Glicopeptídeos (Vancomicina) + Cefepime
Infecção de Corrente Sanguínea associada a um cateter		<ul style="list-style-type: none"> avaliar necessidade de cobertura para Gram positivo conforme microbiota da unidade. Avaliar indicação de cobertura de Gram negativo conforme microbiota da unidade de internação (Discutir com Infectologista da CCIRAS)
Sem foco definido	<ul style="list-style-type: none"> Cefalosporina de 4ª geração + Metronidazol 	<ul style="list-style-type: none"> Carbapenêmico + glicopetídeo

Fonte: própria

Observações

- Segundo as últimas publicações: tempo Máximo de uso: 7 dias, mesmo para choque séptico.
- Estender para 10 dias se DIAGNÓSTICO CONFIRMADO para Bactérias MDR.
- Glicopeptídeos somente está indicado para casos de alto risco de infecção por MRSA.
- Corrigir dose de antimicrobianos para função renal conforme protocolo institucional. Se paciente em programa de diálise contínua (PRISMA) a dose deverá ser plena durante o período de uso dessa medida.
- Vancomicina em pacientes graves: Usar dose de ataque: 20-30mg/kg (baseada no peso atual) – infusão 10-15mg/min (DOSE MÁXIMA) 3g.

Quadro 2. Dose de antimicrobiano para adultos em sepse com função renal preservada

Antimicrobiano	Dose para adultos em sepse com função renal preservada
Ceftriaxone	2g – uma vez ao dia ou 1g de 12/12 horas 2g 12/12h (Meningite)
Cefotaxima	2g 8/8 (Pneumonia, Infecções intra-abdominais) 2g 4/4h (Meningite)
Cefalotina	1g 6/6h 1g 4/4h (Sepse)
Clindamicina	600mg 6/6h
Metronidazol	500mg 8/8h
Imipenem	500mg 6/6h
Meropenem	1g 8/8h. Infusão em 4 horas

Cefepime	2g 8/8h
Levofloxacina	500mg 12/12h
Ciprofloxacina	400mg 8/8h (dose em pacientes graves)
Claritromicina	500mg 12/12h
Vancomicina	Dose de ataque: 20-30mg (baseado no peso atual) – 10-15mg/min (Dose máxima = 3g) Manutenção: 15-20mg/kg – a cada 12 horas
Piperacilina/Tazobactam	4,5g 6/6h – Infusão em 3 horas
Oxacilina	2g 4/4h
Ampicilina	2g 6/6h. Meningite: 2g 4/4h
Gentamicina	5,0mg/kg a cada 24h. 7mg/kg no paciente crítico. No Paciente com IMC > 30kg/m ² , utilizar peso ajustado. Peso Ajustado: Peso Ideal + 0,4 X (Peso atual – Peso Ideal)

Fonte: própria

8. MEDIDAS AVANÇADAS

8.1 Terapia inotrópica

Para pacientes com choque séptico e disfunção cardíaca com hipoperfusão persistente, apesar do status volêmico e pressão arterial adequados, sugere-se adicionar dobutamina à norepinefrina ou usar epinefrina isoladamente.

8.2 Terapias adicionais

Para pacientes com sepse ou choque séptico e que apresentam fatores de risco para sangramento gastrointestinal, sugere-se o uso de profilaxia para úlcera de estresse.

Para pacientes com sepse ou choque séptico, recomenda-se o uso de uma estratégia de transfusão restritiva (ao invés de liberal). Uma estratégia de transfusão restritiva tipicamente inclui um gatilho de transfusão de concentrado de hemácias de 7,0 g/dL; entretanto, a transfusão de hemácias não deve ser guiada apenas pela concentração de hemoglobina. Avaliação do estado clínico geral de um paciente e consideração de circunstâncias agravantes, como isquemia miocárdica aguda, hipoxemia grave ou hemorragia aguda são necessárias.

Para pacientes com sepse ou choque séptico, recomenda-se o uso de profilaxia farmacológica para tromboembolismo venoso (TEV), a menos que exista uma contraindicação para tal terapia. Para pacientes com sepse ou choque séptico, recomenda-se o uso de heparina de baixo peso molecular ao invés de heparina não fracionada para profilaxia de TEV.

Para pacientes com sepse ou choque séptico, recomenda-se iniciar a terapia com insulina com níveis de glicose \geq 180 mg/dL. Após o início de uma terapia com insulina, um intervalo alvo típico de glicemia é de 144 a 180 mg/dL.

Para pacientes com sepse ou choque séptico que podem ser alimentados por via enteral, sugere-se o início precoce (dentro de 72h) da nutrição enteral.

9. FLUXOGRAMA

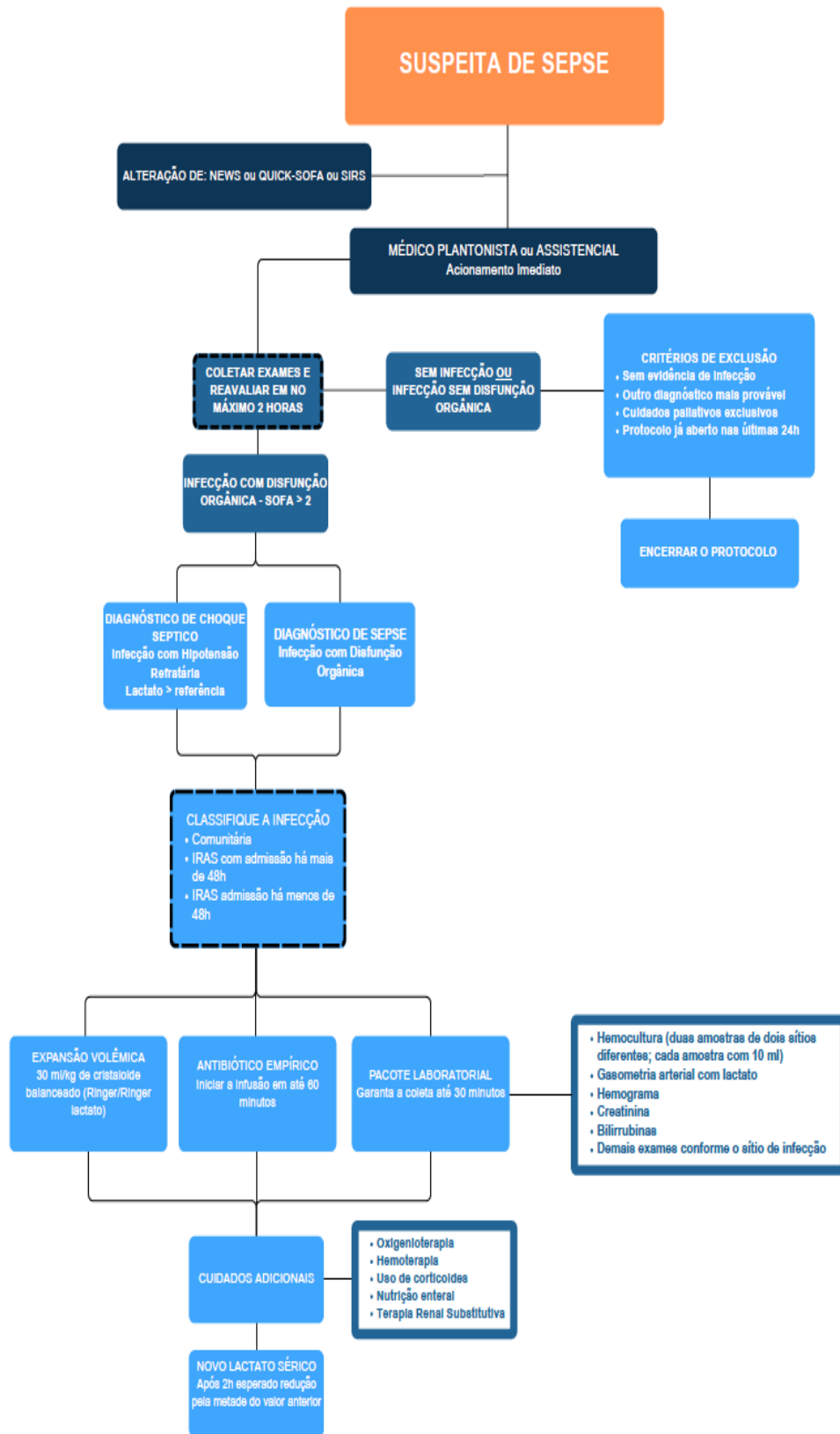


Figura 4. Fluxograma. Fonte: própria

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, Machado FR et al. Executive Summary: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Crit Care Med. 2021 Nov 1;49(11):1974-1982.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW et al (2016) The Third International Consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 315(8):801–810.
3. Instituto Latino-Americano de Sepse. Implementação de protocolo gerenciado de sepse: protocolo clínico [Internet]. São Paulo: ILAS; 2018
4. [Joseph D Forrester](https://www.msmanuals.com/professional/critical-care-medicine/sepsis-and-septic-shock/sepsis-and-septic-shock), MD, MSc, Universidade de Stanford Sepsis and Septic Shock <https://www.msmanuals.com/professional/critical-care-medicine/sepsis-and-septic-shock/sepsis-and-septic-shock>. revisado em abril de 2024 | Modificado em abril de 2025.
5. Update on Sepsis and Septic Shock in Adult Patients: Management in the Emergency Department Matteo Guarino 1, Benedetta Perna 1, Alice Eleonora Cesaro 1, Martina Maritati 2, Michele Domenico Spampinato 1, Carlo Contini 2, † and Roberto De GiorgioJ. Clin. Med. 2023, 12, 3188. <https://doi.org/10.3390/jcm12093188>.
6. MEYER, Nuala J.; PRESCOTT, Hallie C. Sepsis and septic shock. **New England Journal of Medicine**, v. 391, n. 22, p. 2133-2146, 2024.
7. KAMATH, Shiwani; HAMMAD ALTAQ, Hiba; ABDO, Tony. Management of sepsis and septic shock: what have we learned in the last two decades?. **Microorganisms**, v. 11, n. 9, p. 2231, 2023.
8. EBSEH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Unidade de Vigilância em Saúde. Protocolo “Boas Práticas na Prescrição e Dispensação de Antimicrobianos”. https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/copy_of_PRT.HCUFTMUVS.002BoasPraticasnaPrescricaoDispensacaodeAntimicrobianosversao6.pdf

11. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	1º/8/2023	Elaboração da 1ª versão do protocolo (PRT)
2	8/9/2025	Atualização de conteúdo, inclusão do fluxograma e inserção em novo modelo
3	2/2/2026	Alteração no item 3.4

12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 23/12/2025

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)

Aprovação – data: 2/2/2026

Luciana Paiva, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Registro, validação de forma e revisão – data 2/2/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental (CGQD)

Elaboração versão 2 – data: 8/9/2025

Rodrigo Juliano Molina, membro da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da UVS

Análise

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da UVS

Aprovação

Luciana Paiva, chefe do STGQ

Registro, validação de forma e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da CGQD

Elaboração da versão 1 – data: 1º/8/2023

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista do STGQ

Avaliação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde

Patrícia Naves de Resende, chefe da Divisão Médica

Validação

Cristina Hueb Barata, chefe da UVS

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

Wanderson Borges Tomaz, chefe da Unidade de Urgência e Emergência

Ivone Aparecida Vieira da Silva, membro da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Vinicius dos Santos Sguerri, gerente de atenção à saúde substituto