



A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma infecção aguda do parênquima pulmonar contraída fora do ambiente hospitalar, sendo uma das principais causas de morbimortalidade em adultos. Manifesta-se com sintomas como febre, tosse, dispneia e dor torácica. O diagnóstico é predominantemente clínico e confirmado por exames de imagem. Os agentes etiológicos mais comuns incluem *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, patógenos atípicos como *Mycoplasma pneumoniae*, e vírus respiratórios como Influenza, VSR e SARS-CoV-2.

I . ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- **Sintomas sugestivos de pneumonia:** tosse (produtiva ou não), dispneia, dor torácica pleurítica, febre e calafrios.
- **Exame físico:** pode haver taquipneia, dessaturação, taquicardia e hipertermia; percussão pode evidenciar macicez, redução dos sons respiratórios, crepitações, roncocalos ou egofonia.
- **Ultrassonografia pulmonar Point-of-care:** broncograma aéreo, linhas-B focais, derrame pleural, consolidação subpleural, broncograma fluido e shred sign.
- **Radiografia de tórax:** deve ser solicitada para todo paciente com quadro clínico compatível e suspeita de pneumonia* (em 7% dos pacientes a imagem só aparece após 48 horas). A presença de novo infiltrado radiológico associado a quadro clínico compatível confirma o diagnóstico.

*Em pacientes sem sinais de alarme ou critérios de gravidade, o diagnóstico pode ser estabelecido com base em sinais e sintomas, na **INDISPONIBILIDADE** de radiografia (como na APS). Deve-se utilizar o escore **CRB-65m** para avaliar o risco e decidir pela conduta empírica ou encaminhamento para a UPA.

2. EXAMES COMPLEMENTARES

Imagem

- **Rx de tórax:** as incidências pósterio-anterior (PA) e perfil devem ser solicitadas **sempre que houver suspeita de PAC e disponibilidade do exame**. Na impossibilidade de realizar as incidências PA e perfil, pode-se considerar a realização de radiografia em incidência ântero-posterior (AP), especialmente em pacientes acamados ou com limitações de mobilidade.
- **Tomografia de tórax:** para pacientes selecionados, nos quais há suspeita de PAC com base em características clínicas, diante de radiografia de tórax negativa, poderá ser necessário a TC do tórax. A solicitação de TC de tórax deve seguir as orientações do Pathway Uso de imagem de tórax na suspeita de pneumonia na UPA.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais são indicados para pacientes com diagnóstico PAC que apresentem CRB-65 modificado ≥ 1 , sinais de alarme, critérios para sepse ou comorbidades relevantes, como imunossupressão, neoplasia, doença renal crônica, insuficiência cardíaca ou doenças respiratórias. Pacientes com escore CRB-65 modificado = 1, exclusivamente devido à idade ≥ 65 anos, devem ser avaliados com cautela quanto à necessidade de exames laboratoriais complementares, considerando o contexto clínico geral. Ressalta-se que a decisão sobre a coleta deve ser sempre individualizada, considerando o quadro clínico geral e julgamento clínico.

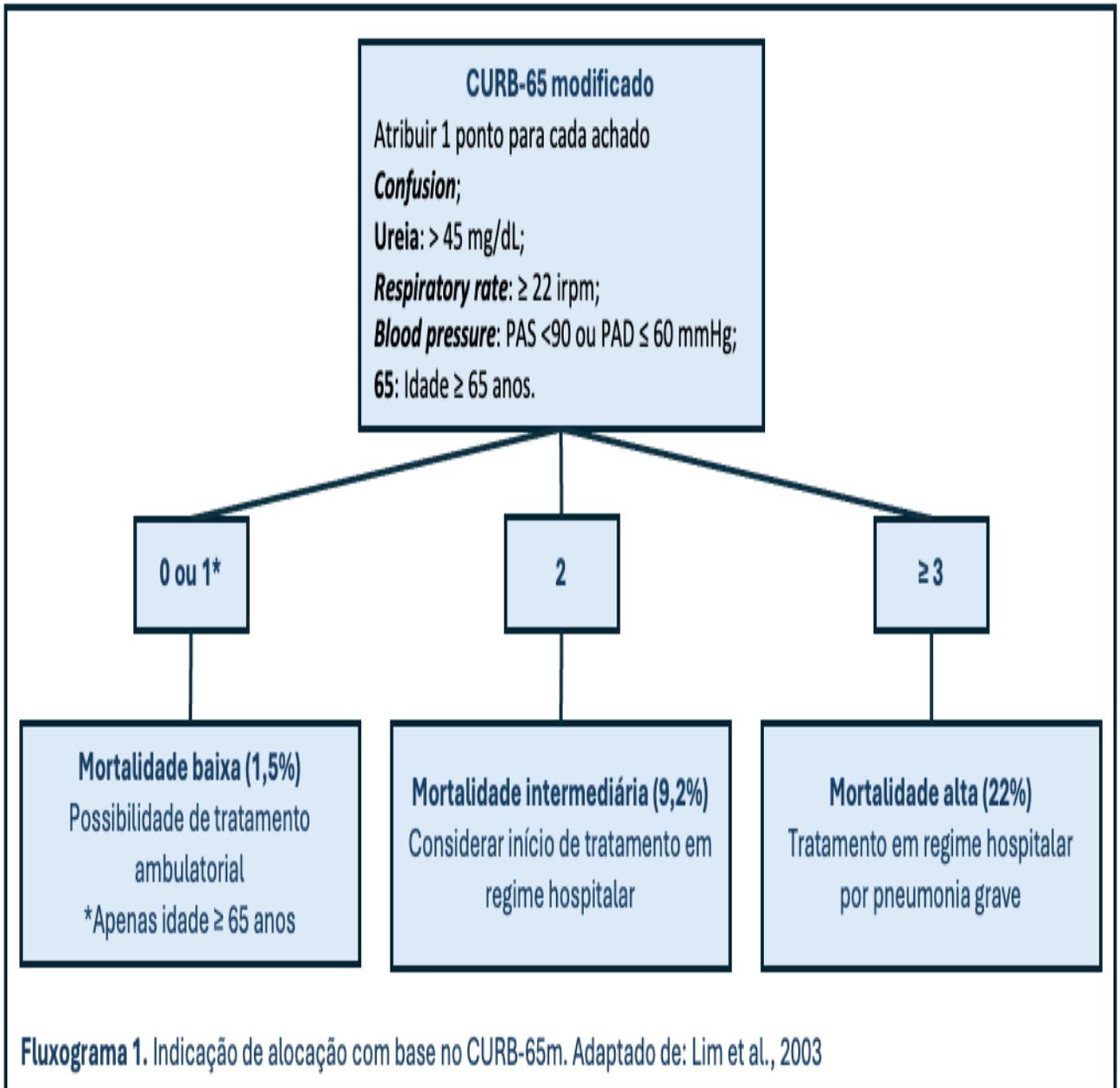
- Hemograma
- Ureia (**possui valor prognóstico**) e creatinina
- Considerar coleta de Proteína C Reativa, eletrólitos (se suspeita de distúrbios eletrolíticos) e glicemia
- Hemoculturas, cultura de escarro, aspirado traqueal ou amostras obtidas por broncoscopia nos pacientes sob ventilação mecânica – indicadas para todos os paciente com PAC grave
- **Pesquisa para Legionella (ag urinário):** indicada para os pacientes não-responsivos ao tratamento prévio e para pacientes imunossuprimidos (ex: doenças oncológicas) com diagnóstico de PAC. Desejável como complementação da investigação para os pacientes internados
- **Painel molecular para pneumonias:** está indicado nos casos de PAC grave ou em pacientes internados com falha no tratamento inicial. Em casos de PAC não grave, sua solicitação pode ser considerada, devendo a decisão ser compartilhada com a equipe titular ou de retaguarda (Cuidado Privado)
- **Na presença de critérios para sepse,** devem ser coletados os exames do protocolo sepse, incluindo culturas e gasometria venosa com dosagem de lactato. Deve-se considerar a gasometria arterial com lactato arterial nos casos de dispneia significativa ou dessaturação à oximetria de pulso ($SpO_2 < 92\%$) - [Protocolo Gerenciado de Sepse e Choque Séptico para o Diagnóstico e Tratamento](#)

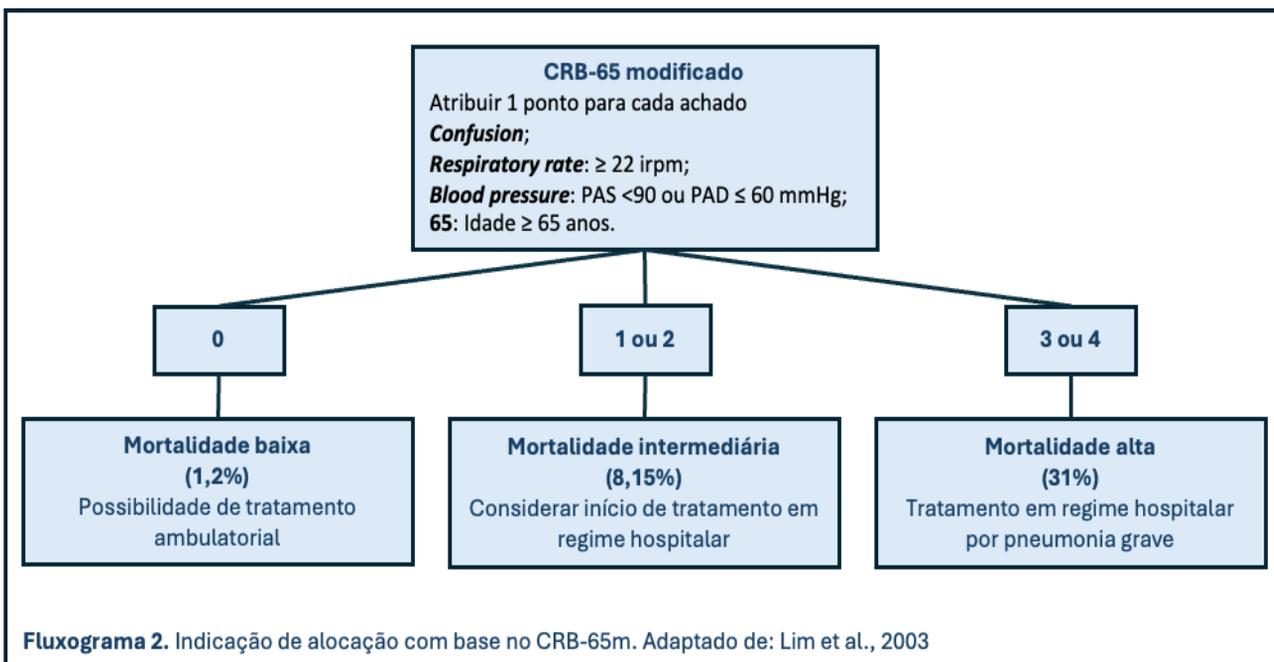
Pacientes que realizarem exames laboratoriais devem ser estratificados conforme o escore **CURB-65m** para orientar o manejo e a definição do local de tratamento.

3. SINAIS DE ALARME

A presença de qualquer sinal de alarme indica a necessidade de investigação com exames complementares e o encaminhamento de pacientes atendidos na APS ou no Walk-in para as UPAs. Esses sinais também devem ser considerados na definição de internação em pacientes com CURB-65m = 0 ou CRB-65m = 0.

- Confusão mental ou rebaixamento do nível de consciência
- Frequência respiratória ≥ 22 irpm
- Pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou diastólica ≤ 60 mmHg
- Saturação de $O_2 \leq 92\%$ em ar ambiente
- Uso de musculatura acessória ou sinais de esforço respiratório importante
- Sinais de hipoperfusão tecidual (ex: extremidades frias, TEC > 3 segundos)
- Febre $\geq 39^\circ C$ ou hipotermia
- Taquicardia importante (ex: FC > 125 bpm)
- Radiografia com derrame pleural significativo (maior que 5 cm na radiografia de perfil), derrame loculado ou infiltrado multilobar
- Presença de comorbidade descompensada
- Falha clínica após 48–72h de antibiótico empírico adequado
- Dúvida diagnóstica
- Condição social desfavorável





4. TRATAMENTO ANTIMICROBIANO

Indicação	Esquema antimicrobiano
Sem comorbidades ou uso de antibiótico em período < 3 meses. Considerar contraindicações e hipersensibilidade.	Amoxicilina 500 mg VO 8/8h 4 a 7 dias OU Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg VO 12/12h 4 a 7 dias OU Cefuroxima 500 mg VO 12/12h 4 a 7 dias OU Doxiciclina 100 mg VO 12/12h 4 a 7 dias
Comorbidades (DPOC, cirrose, DRC, neoplasia, DM, IC, alcoolismo, asplenia ou imunossupressão) ou uso de antibiótico em período < 3 meses. Considerar contraindicações e hipersensibilidade.	Amoxicilina 500 mg VO 8/8h 7 dias OU Amoxicilina + Clavulanato 875/125 mg VO 12/12h 7 dias OU Cefuroxima 500 mg VO 12/12h 7 dias MAIS Claritromicina 500 mg VO 12/12h 7 dias OU Azitromicina 500 mg VO 24/24h 5 dias
Opções para pacientes com hipersensibilidade a Betalactâmicos e/ou Cefalosporinas.	Levofloxacino 500 - 750 mg VO 24/24h 7 dias OU Moxifloxacino 400 mg VO 24/24h 7 dias

Tabela 2. Tratamento antimicrobianos em regime ambulatorial.

Indicação	Esquema antimicrobiano
Sem fatores de risco para resistência (DPOC sem fatores de risco para infecção por Pseudomonas, bronquiectasia, uso frequente de antibióticos ou corticoide). Considerar contraindicações e hipersensibilidade.	Ceftriaxona 1000 mg EV 12/12h MAIS Azitromicina 500 mg VO 24/24h OU Claritromicina 500 mg VO/EV 12/12h Levofloxacino 750 mg VO/EV 24/24h OU Moxifloxacino 400 mg VO/EV 24/24h
Com fatores de risco para agentes resistentes (DPOC com fatores de risco para infecção por Pseudomonas, bronquiectasia, uso frequente de antibiótico ou corticoide). Considerar contraindicações e hipersensibilidade.	Piperacilina + Tazobactam 4,5 g EV 6/6h OU Cefepime 2000 mg EV 8/8h MAIS Azitromicina 500mg VO 24/24h OU Claritromicina 500mg VO/EV 12/12h

Tabela 3. Tratamento antimicrobiano em regime de internação.

Indicação	Esquema antimicrobiano
Paciente oncológico em sepse sem internação nos últimos 3 meses. Considerar contraindicações e hipersensibilidade.	Piperacilina+ Tazobactam 4,5 g EV 6/6h OU Cefepime 2000 mg EV 8/8h MAIS Azitromicina 500mg VO 24/24h OU Claritromicina 500mg VO/EV 12/12h
Paciente oncológico em sepse com internação nos últimos 3 meses. Considerar contraindicações e hipersensibilidade.	Meropenem 1000 mg EV 8/8 horas MAIS Azitromicina 500mg VO 24/24h OU Claritromicina 500mg VO/EV 12/12h
Paciente oncológico em choque séptico. Considerar contraindicações e hipersensibilidade.	Meropenem 2000 mg EV 8/8 horas MAIS Vancomicina ataque 30mg/kg + manutenção 1000 mg EV 12/12h (ajuste por vancocinemia) MAIS Azitromicina 500mg VO 24/24h OU Claritromicina 500mg VO/EV 12/12h

Tabela 4. Tratamento antimicrobiano empírico para pacientes oncológicos em regime de internação.

CRITÉRIOS PARA PAC GRAVE – Um critério maior ou três ou mais critérios menores

Critérios menores:

- Frequência respiratória > 30 incursões/min
- Relação PaO₂/FiO₂ < 250
- Infiltrados multilobares
- Confusão ou desorientação
- Uremia (ureia > 45 mg/dL)
- Leucopenia (contagem de leucócitos <4.000 células/mm³)
- Trombocitopenia (plaquetas < 100.000/mm³)
- Hipotermia (temperatura central < 36°C)
- Hipotensão requerendo reposição volêmica agressiva

***Observação: Leucopenia associada ao quadro infeccioso.**

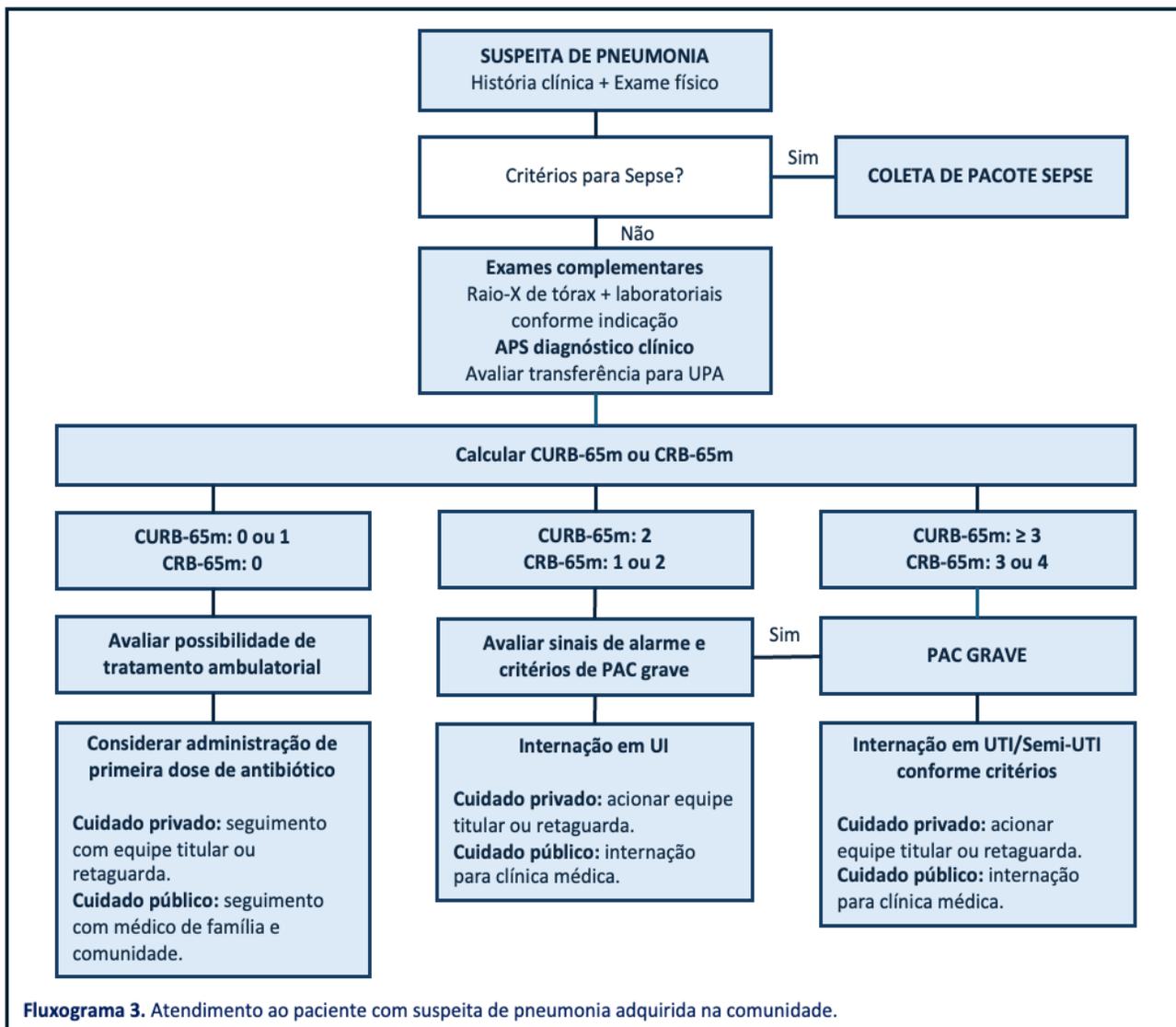
Critérios maiores:

- Choque séptico com necessidade de vasopressores
- Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica

Tabela 5. Adaptado de 2007 IDSA/ATS Criteria for Defning Severe Community-acquired Pneumonia

ATENÇÃO

Pacientes com **CURB-65m = 1** que apresentem **disfunção orgânica** — como confusão mental, ureia > 45 mg/dL, frequência respiratória ≥ 22 irpm ou hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAD ≤ 60 mmHg) — **devem ser internados para tratamento da PAC**. Pacientes com **CURB-65m = 0** ou **CRB-65m = 0**, mas que apresentem sinais de alarme descritos na Tabela 3 — especialmente dessaturação (SpO₂ ≤ 92%), comorbidades descompensadas, radiografia de tórax evidenciando derrame pleural significativo (> 5 cm na radiografia de perfil), derrame loculado, infiltrado multilobar ou abscesso pulmonar — ou que apresentem condição social desfavorável, **devem ser internados para tratamento da PAC**.



Fluxograma 3. Atendimento ao paciente com suspeita de pneumonia adquirida na comunidade.

CORTICOIDE NA PAC GRAVE

Pacientes imunocompetentes com **insuficiência respiratória** por PAC que requerem **ventilação mecânica** (invasiva ou não invasiva), ou que apresentem **hipoxemia significativa** ($PaO_2/FiO_2 < 300$), **necessidade de $FiO_2 \geq 50\%$ e uso de suporte como cateter nasal de alto fluxo ou máscara não reinalante**.

Esquema preconizado: Hidrocortisona 200 mg/dia EV (contínuo ou de 6/6h) por 4 a 7 dias.

Opção: Metilprednisolona 40mg/dia

5. ALOCAÇÃO EM UTI OU SEMI-UTI

Unidade de Terapia Intensiva

- CURB-65m ≥ 3 ou CRB-65m 3 ou 4
- Pacientes com sepsis e hipotensão arterial, necessidade de vasopressores ou lactato ≥ 36 mg/dL
- Pacientes com sepsis que não respondem à administração inicial de 1000 mL de cristaloides e permanecem PAM < 65 mmHg
- Pacientes com sepsis e disfunção respiratória, com necessidade de ventilação mecânica ou de ventilação não invasiva, e que não tolerem permanecer por 2 horas fora do BiPAP em cada período de 6 horas
- Pacientes com sepsis com outras indicações de internação em UTI previstas em protocolos institucionais
- Pacientes com sepsis que não preencham os critérios acima, mas que apresentem risco elevado de deterioração clínica, a

- critério da equipe médica assistente e/ou do plantonista
- Escore < 10 na Escala de Coma de Glasgow
- Risco de aspiração ou comprometimento da proteção das vias aéreas
- Indisponibilidade de leito de Semi-intensiva

Unidade Semi-intensiva

- Disfunção orgânica relacionada ao quadro infeccioso, confirmado ou suspeito, que não preencha os critérios de admissão em UTI
- Em casos de sepse com necessidade de VNI, a admissão na Semi-UTI deve ocorrer apenas se o paciente não for dependente de BIPAP, ou seja, deve ser capaz de permanecer ao menos 2 horas fora do BIPAP em cada período de 6 horas

6. CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

Troca para terapia oral

Deve ser realizada em pacientes que apresentam melhora clínica e preenchem os seguintes critérios objetivos [10]:

- Capacidade de manter ingestão oral;
- Sinais clínicos estáveis (temperatura $\leq 37,8^{\circ}\text{C}$, FR ≤ 24 resp/min, PAS ≥ 90 mmHg sem vasopressor por pelo menos 8 h);
- Ausência de exacerbação de comorbidades maiores (insuficiência cardíaca, DPOC).

Indicação de exames bioquímicos, hemograma e marcadores inflamatórios de controle: Devem ser adaptada a situação clínica do paciente. Se os exames iniciais são normais, possivelmente uma única repetição destes exames é suficiente.

Para pacientes internados em uso de antibioticoterapia, considerar a dosagem de procalcitonina no quinto dia de tratamento. Se o valor estiver normal e o paciente apresentar boa evolução clínica, avaliar a suspensão da antibioticoterapia

Critérios de alta:

- Critérios de troca de antibiótico para via oral descritos acima;
- Estado mental basal;
- Oximetria de pulso $\geq 90\%$ em ar ambiente (para pacientes com hipoxemia crônica ou recebendo suplementação crônica de O₂, a oximetria de pulso deve ser similar aos valores basais).
- Possibilidade de seguimento do tratamento em regime ambulatorial

Os critérios de troca para terapia oral e alta podem ser atingidos simultaneamente ou sequencialmente. Os pacientes não precisam ser mantidos durante a noite para observação após a troca para via oral.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de readmissão em 72 horas

III. GLOSSÁRIO

PAC: pneumonia adquirida na comunidade

APS: atenção primária à saúde

CRB-65m: CRB-65 modificado

CURB-65m: CURB-65 modificado

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

- Versão 3: atualização dos critérios do escore CURB -65; revisão pela SCIH.
- Versão 4: acréscimo dos critérios do escore CRB-65; adequação do protocolo para Cuidado Privado e Público; revisão de antibioticoterapia.

V. Referências

[1] Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, Cooley LA, Dean NC, Fine MJ, Flanders SA, Griffin MR, Metersky ML, Musher DM, Restrepo MI, Whitney CG. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med.* 2019 Oct 1;200(7):e45-e67. doi: 10.1164/rccm.201908-1581ST. PMID: 31573350; PMCID: PMC6812437.

[2] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pneumonia in adults: diagnosis and management. NICE guideline [NG138]; 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138>

[3] Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes. *J Bras Pneumol.* 2009;35(6):574-601. doi: 10.1590/S1806-37132009000600002

[4] Metlay JP, Fine MJ. Testing strategies in the initial management of patients with community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med.* 2003 Jan 21;138(2):109-18. doi: 10.7326/0003-4819-138-2-200301210-00012. PMID: 12529093.

[5] Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax.* 2003 May;58(5):377-82. doi: 10.1136/thorax.58.5.377. PMID: 12728155; PMCID: PMC1746657.

[6] Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum RS, Fridkin SK, Gorwitz RJ, Kaplan SL, Karchmer AW, Levine DP, Murray BE, J Rybak M, Talan DA, Chambers HF; Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. *Clin Infect Dis.* 2011 Feb 1;52(3):e18-55. doi: 10.1093/cid/ciq146. Epub 2011 Jan 4. Erratum in: *Clin Infect Dis.* 2011 Aug 1;53(3):319. PMID: 21208910.

[7] Brown RB, Iannini P, Gross P, Kunkel M. Impact of initial antibiotic choice on clinical outcomes in community-acquired pneumonia: analysis of a hospital claims-made database. *Chest.* 2003 May;123(5):1503-11. doi: 10.1378/chest.123.5.1503. PMID: 12740267.

[8] Li JZ, Winston LG, Moore DH, Bent S. Efficacy of short-course antibiotic regimens for community-acquired pneumonia: a meta-analysis. *Am J Med.* 2007 Sep;120(9):783-90. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.04.023. PMID: 17765048.

[9] Carratalà J, Garcia-Vidal C, Ortega L, Fernández-Sabé N, Clemente M, Albero G, López M, Castellsagué X, Dorca J, Verdagué R, Martínez-Montauti J, Manresa F, Gudiol F. Effect of a 3-step critical pathway to reduce duration of intravenous antibiotic therapy and length of stay in community-acquired pneumonia: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2012 Jun 25;172(12):922-8. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1690. PMID: 22732747.

[10] Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM Jr, Musher DM, Fine MJ. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis.* 2000 Aug;31(2):347-82. doi: 10.1086/313954. Epub 2000 Sep 7. PMID: 10987697; PMCID: PMC7109923.

Código Documento: CPTW28.4	Elaborador: Ana Luísa Faria; Bruna Campos; Erika Pereira; Jessica Tomps; Lianna Cavalieri; Luca Bernardo; Maria Renata Chopard; Marcelo Pessanha; Moacyr Silva Jr.; Rafael Pisciolaro; Rhaísa Macedo; Vinicius Vitro; Wilands Gomes	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 26/05/2021 Data de Revisão: 07/08/2025	Data de Aprovação: 19/08/2025
--------------------------------------	---	---	--	---	---