



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

CARDIOLOGIA

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **CARDIOLOGIA**

SÉRIE ESPECIALIDADES | CONSULTAS CLÍNICAS

ATUALIZADO EM MARÇO DE 2024

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2024 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretaria Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Eliana Bittencourt da Silva

Coordenação Técnica

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

Colaboração

Rafael Aron Abitbo

Thiago Roselet

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Cardiologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

20p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CARDIOLOGIA	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO	5
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	6
Doença Arterial Coronariana (DAC).....	6
Insuficiência Cardíaca (IC).....	7
Arritmias	8
Valvopatias	11
Síncope	11
Avaliação pré-operatória.....	11
Cardiopatias congênitas.....	12
Outros.....	12
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....	13
COMO SOLICITAR CARDIOLOGIA NO SISREG	14
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA....	14
PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO.....	15
UNIDADES EXECUTANTES.....	16
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	17
REFERÊNCIAS	18

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparéncia e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado de cardiologia na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CARDIOLOGIA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as doenças cardíacas têm grande importância no contexto de saúde pública, seja pela sua alta prevalência, seja por sua alta morbimortalidade, ou, ainda, por ser uma importante causa de morte e alteração da qualidade de vida dos sujeitos. As condições cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, e estima-se que 36% dos adultos brasileiros possuem HAS, porém apenas 50% sabem do diagnóstico, estando metade não diagnosticada, por vezes descobrindo-a na ocasião de evento cardiovascular.

Desta forma, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) precisam estar aptos a fazer o diagnóstico precoce, a avaliação do risco cardiovascular e manejar inicialmente os casos, tendo ao seu dispor uma série de exames via SISREG, cuja indicação pode ser consultada no “Protocolo de Regulação Ambulatorial — Exames em Cardiologia”. Cabe à APS encaminhar os pacientes, quando necessário, para avaliação especializada, seja pela gravidade do quadro clínico, pela evolução desfavorável (a despeito do tratamento instituído), ou em casos de dúvidas ou incertezas.

Este protocolo serve como documento norteador das boas práticas de regulação para as consultas de cardiologia no SISREG.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo o tipo mais comum de acometimento cardiológico ou diagnóstico, seguindo a seguinte distribuição:

- 1.** Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- 2.** Doença Arterial Coronariana (DAC);
- 3.** Insuficiência Cardíaca (IC);
- 4.** Arritmias;

5. Valvopatias;
6. Síncope;
7. Avaliação pré-operatória;
8. Cardiopatias congênitas;
9. Outros.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com HAS não controlada (fora do alvo), em uso de três ou mais medicações anti-hipertensivas, com boa adesão ao tratamento. Deve-se reduzir a PA para valores menores que 140/90mmHg e não inferiores a 120/70mmHg. No caso de jovens e sem fatores de risco, considerar a meta valores inferiores a 130/80mmHg.

ATENÇÃO!

Pacientes em uso de quatro drogas ou mais, em dose máxima, podem ser encaminhados via SER para "Ambulatório de 1^a Vez em Cardiologia Hipertensão Arterial Resistente (Adulto)".

2. Todas as crianças com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com alto risco cardiovascular apresentando:
 - a. Alterações no ECG (ondas Q patológicas ou zona inativa; alterações primárias ou mistas da repolarização ventricular; isquemia subepicárdica);
 - b. Componente anginoso (dispneia ou diaforese que piora com esforço e alívio no repouso);
 - c. Alterações que comprovem isquemia em demais exames complementares;
 - d. Infarto agudo do miocárdio prévio;

- e. Internação prévia por síndrome coronariana aguda há menos de seis meses — após o período, manter acompanhamento na APS.
2. Pacientes com cardiopatia isquêmica que apresentem sintomas apesar do tratamento otimizado ou que não possam fazer uso da medicação por efeito adverso prévio ou contraindicção médica;
3. Pacientes com cardiopatia isquêmica e provável indicação de cateterismo cardíaco — no caso de dúvida de indicação pelo médico da APS.

ATENÇÃO!

Pacientes candidatos ao cateterismo cardíaco devem ser inseridos, via Sistema Estadual de Regulação, na aba de exames, em "Cateterismo Cardíaco (Ambulatorial)".

Pacientes candidatos à angioplastia ou revascularização do miocárdio devem ser inseridos, via Sistema Estadual de Regulação, em "Ambulatório de 1^a vez em Cardiologia — Pré-Angioplastia Coronariana" ou "Ambulatório de 1^a vez em Cardiologia — Cirurgia de Revascularização do Miocárdio".

AMBULATÓRIO DE 1^a VEZ EM CARDIOLOGIA — PRÉ-ANGIOPLASTIA CORONARIANA

A angioplastia visa melhorar o fluxo de sangue nas artérias coronárias em pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana (DAC) que tenham feito cineangiografia-coronariografia (cateterismo cardíaco) e cujo resultado mostre lesão moderada a grave nas artérias coronárias. Sempre inserir o resultado do cateterismo com data inferior a 12 meses.

AMBULATÓRIO DE 1^a VEZ EM CARDIOLOGIA — CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Recurso destinado aos pacientes cujo cateterismo cardíaco aponte para lesões coronárias de três vasos (trivascular) ou acometimento do tronco da coronária esquerda. Indicado também nos casos de doença coronária associada à disfunção grave de ventrículo esquerdo. Sempre inserir resultado do cateterismo com data inferior a 12 meses, ECG e Ecocardiografia.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com IC com Fração de Ejeção (FE) < 40% e que persistem na Classificação Nyha III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado na APS;
2. Pacientes com IC com piora do quadro clínico, mesmo com tratamento clínico otimizado na APS;
3. Pacientes com IC e fibrilação atrial;
4. Pacientes com IC que desenvolveram outras cardiopatias;
5. Pacientes com IC após alta hospitalar ou internação prévia no último ano por doença descompensada (edema agudo de pulmão e insuficiência cardíaca digestiva);
6. Todas as crianças com IC;

ARRITMIAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com palpitações recorrentes de origem indeterminada, desde que descartada causas psicogênicas ou exógenas pelo uso de medicamentos ou estimulantes — iniciar após investigação na APS com eletrocardiograma, hemograma, TSH e eletrólitos (Na e K);
2. Pacientes com bradicardia sinusal ou arritmias de baixa frequência (FC < 40bpm) após descartada hipotireoidismo ou bradicardia sinusal sintomática — solicitar Vaga Zero se paciente sintomático e não previamente acompanhado;
3. Taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, a despeito do tratamento clínico instituído na APS;
4. Taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) — solicitar Ecocardiografia Transtorácica (ECOTT), caso o paciente não tenha.
5. Exrassístoles ventriculares ou supraventriculares frequentes (mais de dois episódios no D2 longo ou mais de 3% no Holter 24 horas);
6. Fibrilação Atrial (FA) ou Flutter Artrial associado à alteração estrutural na Ecocardiografia Transtorácica ou para avaliação de indicação de cardioversão;

7. Ectopias intensas (> 10%) no Holter 24 horas, desde que descartadas causas psicogênicas, farmacológicas, distúrbios metabólicos, intoxicações, uso de estimulantes ou drogas;
8. Doença do nó sinusal (síndrome de Bradi-taqui);
9. Bloqueio Atrioventricular (BAV) avançado — Mobitz 2, BAV 2:1 e BAVT — solicitar Vaga Zero se paciente com sintomas recentes, agudos ou frequência cardíaca (FC) inferior a 40bpm;
10. Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE);
11. Bloqueio bifascicular sintomático ou com suspeita de doença cardíaca estrutural (bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo) — nestes casos, solicitar ECOTT.
12. Síndrome do QT longo congênito;
13. Síndrome de Brugada;
14. Síndrome de Wolf-Parkinson-White — Solicitar Ecocardiografia Transtorácica (ECOTT), Holter 24 horas e Teste Ergométrico, caso o paciente não tenha;
15. Crianças com diagnóstico de arritmia, excetuando-se a arritmia sinusal.

ATENÇÃO!

Pacientes candidatos à cardioversão ou implante de marca-passo devem ser inseridos via Sistema Estadual de Regulação (SER) em "Ambulatório de 1^a vez em Cardiologia — Implante de Cardiodesfibrilador (CDI)", "Ambulatório de 1^a vez em Cardiologia — Implante de Marcapasso", "Ambulatório de 1^a vez em Cardiologia — Implante de Ressincronizador Cardíaco" ou "Ambulatório de 1 vez em Cardiologia — Estudo Eletrofisiológico / Ablação".

AMBULATÓRIO DE 1^a VEZ EM CARDIOLOGIA — IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR (CDI)

Tem como objetivo primário evitar morte súbita decorrente de arritmias graves, como Fibrilação Ventricular Sustentada e Taquicardia Ventricular Sustentada, Miocardiopatia Hipertrófica com risco aumentado, disfunção ventricular grave, bem como em pacientes com história de parada cardíaca súbita ou morte súbita abor-tada. Inserir sempre os resultados do Holter 24 horas, ECG e Ecocardiografia e/ou Teste Ergométrico recente.

AMBULATÓRIO DE 1^a VEZ EM CARDIOLOGIA — IMPLANTE DE MARCAPASSO

As principais indicações para avaliação de implantação de marcapasso definitivo são os casos de bradiarritmia, como bloqueio atrioventricular de segundo ou terceiro grau, ou algum outro comprometimento na condução elétrica que possa ser indicado o uso do marcapasso. Inserir sempre os resultados do Holter 24 horas, ECG e Ecocardiografia e/ou Teste Ergométrico recente.

AMBULATÓRIO DE 1^a VEZ EM CARDIOLOGIA — IMPLANTE DE RESSINCRONIZADOR CARDIACO

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as recomendações para este implante são:

- Pacientes com FE ≤ 35%, ritmo sinusal, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS > 150ms;
- Pacientes com FE ≤ 35%, ritmo sinusal, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado, com QRS de 120 a 150ms e comprovação de dissincronismo por método de imagem;
- Pacientes com IC em CF III ou IV, sob tratamento medicamentoso otimizado, com FE ≤ 35%, dependentes de marcapasso convencional, quando a duração do QRS for superior a 150ms ou quando houver dissincronismo documentado por método de imagem;
- Pacientes com FE ≤ 35%, com FA permanente, IC com CF III ou IV, apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS > 150ms;
- Pacientes com FE ≤ 35%, FA permanente, IC com CF III ou IV apesar de tratamento farmacológico otimizado e com QRS de 120 a 150ms com comprovação de dissincronismo por método de imagem.

AMBULATÓRIO DE 1 VEZ EM CARDIOLOGIA — ESTUDO ELETROFISIOLOGICO / ABLAÇÃO

Pacientes com arritmias complexas com indicação de avaliação de ablação por radiofrequência, como Taquicardia Supraventricular Paroxística, Síndrome de Wolff-Parkinson-White, Flutter Atrial, arritmias resistentes a medicamentos, entre outros. Inserir sempre os resultados do Holter 24 horas, ECG e Ecocardiografia e/ou Teste Ergométrico recente.

VALVOPATIAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com valvopatias leves com piora dos sintomas;
2. Pacientes com valvopatias moderadas a graves, em caso de dúvida sobre a indicação do tratamento cirúrgico;
3. Crianças com febre reumática e provável lesão valvar para avaliação.

ATENÇÃO!

Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico para valvopatias devem ser inseridos via Sistema Estadual de Regulação (SER) em "Ambulatório de 1^a vez em Cirurgia Cardiovascular — Cirurgia Orovalvar". Nem todas as alterações são cirúrgicas, deve-se atentar para estenoses e insuficiências valvares moderadas a graves e se pacientes sintomáticos. Inserir sempre ECG e Ecocardiografia.

SÍNCOPE

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Síncope em pacientes portadores de cardiopatas (isquemia, arritmias, disfunção cardíaca ou outra) ou com história familiar de mal súbito;
2. Síncope em pacientes cuja origem é provavelmente cardíaca — alterações no ECG, na vigência de atividade física ou associada à dispneia, dor torácica, hipotensão ou sopro.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Avaliação pré-operatória de pacientes de alto risco (síndrome coronariana aguda, história recente de edema agudo de pulmão ou choque cardiogênico, aneurisma de aorta, arritmias de alto risco, hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca NYHA III e IV, hipertensos não controlados em uso de três ou mais medicamentos em dose máxima, com pressão arterial igual ou superior a 180x100mmHg, doença renal crônica descompensada, assim como outras condições de gravidade clínica);
2. Avaliação pré-operatória de pacientes de risco intermediário para cirurgias de risco intermediário ou alto risco, a exemplo da cirurgia cardíaca, transplante, cirurgias em cabeça e pescoço, neurocirurgia e cirurgias ortopédicas complexas.

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes adultos ou pediátricos com cardiopatias congênitas não corrigidas ou ainda apresentando sintomas;
2. Pacientes com cardiopatias congênitas leves e sem instabilidade hemodinâmica (CIA; CIV pequena e PCA);
3. Crianças com história familiar de cardiopatias congênitas.

OUTROS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM CARDIOLOGIA e CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Miocardites;
2. Pacientes com indicação ou em uso de drogas cardiotóxicas para avaliação;
3. Pacientes com síncope de provável origem cardíaca, tendo sido excluídas outras causas;
4. Miocardiopatias dilatada, hipertrófica ou restritiva — informar resultado da ecocardiografia transtorácica;
5. Pacientes com amiloidose cardíaca.

DOENÇA DE CHAGAS

A doença de Chagas é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, transmitida principalmente pelo inseto conhecido como 'barbeiro'. Cerca de 30% dos pacientes crônicos com doença de Chagas podem evoluir para complicações cardíacas. O comprometimento valvar é uma complicação importante devido à miocardiopatia dilatada que observamos já na fase crônica da doença. Por conta dessa condição, o paciente pode apresentar sintomas como dispneia, fadiga, edema de MMII e palpitações. Em casos graves, pode ser indicada a troca valvar cirúrgica. Nos outros casos, deve-se avaliar as indicações de início de medicações sintomáticas, como diuréticos, beta bloqueadores etc.

Alguns estados, como Minas Gerais, São Paulo, Bahia, Goiás, Mato Grosso e Pará, têm uma alta prevalência da doença, então devemos sempre nos atentar para a localidade onde o paciente morou anteriormente ou ficou por algum período de tempo.

Para avaliação do grau de comprometimento cardíaco na doença de Chagas, sugere-se a realização do ecocardiograma, para avaliar a morfologia e o funcionamento das valvas cardíacas, além da possibilidade de miocardiopatia dilatada.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

- Emissão de risco cirúrgico para pacientes de baixo risco e/ou cirurgias média a baixa complexidade;
- Pacientes hipertensos controlados ou com descontrole pressórico sem dose plena das medicações ou não aderidos ao tratamento;
- Pacientes com arritmias simples, sem gravidade ou repercussão clínica;
- Pacientes com insuficiência cardíaca Nyha I e II sem piora clínica e sem associação com outras cardiopatias.

COMO SOLICITAR CARDIOLOGIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Exame físico — ausculta cardíaca, FC e PA;
- História familiar de doenças cardíacas;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Risco cardiovascular;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões;
- Exames realizados e seus resultados, com data;
- Exames solicitados e que aguardam realização.

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, ação o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Dor precordial ou infarto agudo do miocárdio;
- Insuficiência cardíaca descompensada;
- Bradicardia sintomática não acompanhada;

- Pacientes com Bloqueio Atrioventricular (BAV) avançado — Mobitz 2, BAV 2:1 e BAVT com sintomas recentes, agudos ou frequência cardíaca inferior a 40bpm;
- Arritmias com sinais de frequência cardíaca com sinais de instabilidade hemodinâmica, dispneia, hipoperfusão, IC descompensada, sícope, síndrome coronariana aguda.

PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

VERMELHO ➔ Doença do nó sinusal; Bloqueio Atrioventricular (BAV) avançado; síndrome de Brugada; síndrome do QT longo congênito; taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente; taquicardia supraventricular paroxística; extrassístoles ventriculares ou supraventriculares frequentes; pacientes com IC após alta hospitalar ou internação recente por doença descompensada; pacientes após alta recente por IAM ou doença arterial aguda; valvopatias graves sintomáticas.

AMARELO ➔ Fibrilação atrial; Flutter Atrial; síndrome de Wolff-Parkinson-White; bloqueio de ramo esquerdo; pacientes com IC com Fração de Ejeção (FE) < 40%; valvopatias graves assintomáticas.

VERDE ➔ Pacientes com bradicardia sinusal; ectopias intensas; doença arterial aguda classe II; Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle; pacientes com IC com classificação que persistem em Nyha classes III ou IV apesar do tratamento clínico adequado na APS; pacientes com IC com piora do quadro clínico, mesmo com tratamento clínico otimizado na APS; valvopatias leves e sintomáticas.

AZUL ➔ Pacientes com palpitações recorrentes de origem indeterminada, desde que descartada causas psicogênicas ou exógenas pelo uso de medicações ou estimulantes; doença arterial aguda classe I.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal smsrio.org.

CONSULTA EM CARDIOLOGIA

- Ambulatório laserj Maracanã
- Hospital Adventista Silvestre
- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Policlínica de Botafogo
- Policlínica Piquet Carneiro
- Policlínica Ronaldo Gazolla
- Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Jornalista Susana Naspolini
- Hospital Estadual Eduardo Rabello
- Hospital Estadual Santa Maria (HESM)
- Centro Carioca de Especialidades
- CMS Carmela Dutra
- CMS Dom Helder Câmara
- Hospital Municipal Miguel Couto
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Hélio Pellegrino
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho

- Policlínica Newton Alves Cardozo
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Escola São Francisco de Assis
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

CONSULTA EM CARDIOLOGIA — PEDIATRIA

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Jesus
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **smsrio.org**, você pode consultar o "Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado" e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

ALLAN, V. III Diretriz de Arritmias Cardíacas em Crianças e Cardiopatias. **Am Fam Physic.** v. 71, n. 4, 2005.

BAZAN, S.G. Cardiomiotipatia Hipertrófica — Revisão. **Arq Bras Cardiol.** v. 115, n. 5, p. 927-935, 2020.

CESAR, L.A., FERREIRA J.F., ARMAGANIAN, D., GOWDAK, L.H., MANSUR, A.P., BODANESE, L.C. et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. **Arq Bras Cardiol.** 2014; 103(2Supl.2): 1-59.

CRAWFORD, M. H., BERNSTEIN, S. J., DEEDWANIA, P. C. ACC/AHA Guidelines for ambulatory electrocardiography. **J Am Coll Cardiol.** v. 34, n. 3, p. 912-48, 1999.

FLETCHER, G. F. et al. Exercise Standards for Testing and Training a Scientific Statement from the American Heart Association. **Circulation.** v. 128, n. 8, p. 873-934, 2013.

GREENLAND, P., ALPERT, J.S., BELLER, G.A., BENJAMIN, E.J., BUDOFF, M.J., FAYAD, Z.A. et al. ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **J Am Coll Cardiol.** v. 56, n. 25, p. 50-103, 2010.

KOREN, O. et al. Clinical and echocardiographic trends in percutaneous balloon mitral valvuloplasty. **J Thorac Cardiovasc Surg.** v 16, n. 68, 2021

MAGALHÃES, L.P., FIGUEIREDO, M.J.O., CINTRA F. D., SAAD, E. B. , KUNIYISHI, R. R., TEIXEIRA, R. A. et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arq Bras Cardiol.** v. 106. n. 4, s. 2, p. 1-22, 2016.

MALACHIAS, M.V.B., SOUZA, W.K.S.B., PLAVNIK, F.L., RODRIGUES, C.I.S., BRANDÃO, A.A., NEVES, M.F.T., et al. 7.ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 107, n. 3, s.3, p. 1-83, 2016.

SIMÃO, A.F., PRÉCOMA, D.B., ANDRADE, J.P., CORREA FILHO, H., SARAIVA, J.F.K., OLIVEIRA, G.M.M. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol.** 2013; v. 101. s. 2, p. 1-63, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial — Cardiologia Adulto: versão digital 2022.** Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 20 jan. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 23 de janeiro de 2024.

