



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 264, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2022

Aprova os instrumentos do Plano de Intervenção do Projeto FortaleceRas para a 1ª Região de Saúde da Paraíba, CIR Mata Atlântica.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

A análise e aprovação pelo Grupo Condutor de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, na reunião ordinária de 25 de março de 2022;

A adesão do Estado e Municípios da 1ª Região de Saúde ao PROADI/SUS FortaleceRAS (HCOR/MS); e,

A decisão da plenária da CIB-PB, na 37ª Reunião Extraordinária, no dia 09 de dezembro de 2022, realizada por videoconferência.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar os seguintes instrumentos como parte do Plano de Intervenção do Projeto FortaleceRas para a 1ª Região de Saúde da Paraíba, CIR Mata Atlântica:

I - Instrumento de Referência e Contra Referência para integralidade do cuidado na rede de Atenção à Saúde, anexo I;

II- Instrumento de Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde, anexo II;

III - Protocolo Clínico de Dor Torácica, anexo III.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação

RENATA VALÉRIA NÓBREGA

Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA

Presidente do COSEMS/PB

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE:	
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	DATA: / /

OBS.:

- PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL;
- FRACIONAR A FICHA DE REFERÊNCIA/CONTRARREFERÊNCIA;
- A FICHA DE CONTRARREFERÊNCIA DEVE RETORNAR À UNIDADE DE ORIGEM JUNTAMENTE COM O USUÁRIO.

UNIDADE DE CONTRARREFERÊNCIA	N.º DO PRONTUÁRIO FAMILIAR:
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE/N.º CNES:	
NOME COMPLETO:	
NÚMERO DO CARTÃO SUS:	
PARECER DO ESPECIALISTA (CONDUTA INSTITUÍDA/SUGERIDA):	
CID-10:	
OBSERVAÇÕES:	
RETORNO: SIM () NÃO () TEMPO DE RETORNO: 15 DIAS () 30 DIAS () 45 DIAS () 60 DIAS OU MAIS ()	
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:	
DATA DO ATENDIMENTO: / /	HORÁRIO DO ATENDIMENTO:

SUGESTÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA/ORIGEM

- 1) N.º DA REFERÊNCIA/N.º DO PRONTUÁRIO FAMILIAR: numeração que identifica o prontuário da família do usuário;

- 2) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE: dados que identificam o serviço de referência com o n.º do CNES;

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

- 3) IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: dados de identificação do usuário e que auxiliam na localização do mesmo, nome da mãe (para os homônimos) e nome do/a ACS (localizar se necessário);

4) INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- a. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: dados do estado de saúde do paciente;
- b. COMORBIDADES: doença, condição ou estado físico que potencializam o risco à saúde;
- c. MEDICAÇÕES EM USO: os medicamentos associados ao estado clínico do paciente;
- d. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: descrever o percurso da doença;
- e. EXAMES REALIZADOS: anexar ou descrever os laudos dos exames;
- f. TRATAMENTOS REALIZADOS: conduta do profissional solicitante no tratamento realizado antes do encaminhamento.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS (DEMAIS CAMPOS)

- g. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: conclusão da consulta que irá guiar o encaminhamento;
- h. CID-10: código associado à hipótese diagnóstica;
- i. ENCAMINHADO PARA: clínica médica necessária ao tratamento do agravo diagnosticado;
- j. OBSERVAÇÕES/QUESTIONAMENTOS ESPECÍFICOS: observações necessárias para auxiliar a conduta do especialista;.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

- 5) CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE: classificar a prioridade no atendimento para o usuário;
- a. identificação para guiar a central de regulação sobre a prioridade de regular o usuário.

- 6) ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL COM DATA: deverá conter o n.º do conselho do profissional com assinatura e data;

UNIDADE DE CONTRARREFERÊNCIA

- 7) N.º DA REFERÊNCIA/N.º DO PRONTUÁRIO FAMILIAR: numeração que identifica o prontuário da família do usuário;
- 8) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE: dados que identificam o serviço de referência com o n.º do CNES;
- 9) CID-10: código associado à hipótese diagnóstica;
- 10) PARECER DO ESPECIALISTA (CONDUTA INSTITUÍDA/SUGERIDA): descrever detalhadamente o parecer/conduta realizado durante o atendimento prestado ao usuário;

- 11) RETORNO: se for necessário que o usuário retorne para reavaliação;
- 12) TEMPO DE RETORNO: estimar o tempo de retorno para reavaliação do usuário.

RENATA VALÉRIA NÓBREGA
Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA
Presidente do COSEMS/PB

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 264, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2022

	INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR	
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE		

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME COMPLETO:	DATA DE NASCIMENTO:	CNS:
	/ /	
RAÇA/COR (AUTODECLARADO):	SEXO BIOLÓGICO:	
<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Intersexo <input type="checkbox"/> Não Informado	

2. CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL - PA e ÍNDICE DE MASSA CORPORAL - IMC

VALOR DA PA	CLASSIFICAÇÃO DA PA
	<input type="checkbox"/> PAS* < 129 mmHg e PAD** < 85 mmHg – pressão normal <input type="checkbox"/> PAS 130 – 139 e PAD 85 – 89 – Pré-hipertensão <input type="checkbox"/> HAS estágio 1 - PAS 140 – 159 ou PAD 90 – 99 <input type="checkbox"/> HAS estágio 2 - PAS 160 – 179 ou PAD 100 – 109 <input type="checkbox"/> HAS estágio 3 - PAS ≥180 ou PAD ≥110 *PAS – Pressão Arterial Sistólica. **PAD – Pressão Arterial Diastólica
Peso:	Altura: Circunferência Abdominal:

VALOR DO IMC	CLASSIFICAÇÃO DO IMC	
	<input type="checkbox"/> Baixo Peso – IMC < 18,5 <input type="checkbox"/> Peso Normal – IMC entre 18,5 e 24,9 <input type="checkbox"/> Excesso de Peso – IMC entre 25,0 e 29,9	<input type="checkbox"/> Obesidade grau I – IMC entre 30,0 e 34,9 <input type="checkbox"/> Obesidade grau II – IMC entre 35,0 e 39,9 <input type="checkbox"/> Obesidade grau III – IMC > 40,0
O usuário pratica alguma atividade física ? (<i>Realizar, pelo menos, 2 a 2,5 horas por semana de atividade física moderada.</i>)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
O paciente segue uma dieta saudável ? (<i>Consumo de frutas, verduras, legumes, cereais, aves, peixes, leite e derivados, e menor quantidade de gordura e sal.</i>)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
O paciente faz uso de medicamento contínuo?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

3. FATORES DE RISCO

PERGUNTA	SIM	NÃO
O paciente é homem com mais de 55 anos ?		
O paciente é mulher com mais de 65 anos ?		
O paciente apresenta histórico Doença Cardiovascular (DCV) prematura em parentes de 1º grau (pais e irmãos)?		
O paciente é fumante ?		
O paciente tem diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM)?		
O paciente apresenta IMC ≥ 30 ?		
O paciente, se homem , apresenta circunferência abdominal > 94cm ?		
O paciente, se mulher , apresenta circunferência abdominal > 80cm ?		
O paciente possui Dislipidemia apresentando LDL-colesterol ≥100mg/dl e/ou não HDL-colesterol 130 mg/dl e/ou HDL-colesterol ≤ 40mg/dl no homem e ≤ 46mg/dl na mulher e/ou TG >150 mg/dl?		

4. LESÃO DE ÓRGÃO ALVO (LOA)*

PERGUNTA	SIM	NÃO
O paciente apresenta Hipertrofia ventricular esquerda?		
O paciente tem ECG (índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6) ≥ 35 mm; RaVL > 11 mm)?		
O paciente apresenta no ECG Cornell voltagem > 2440 mm.ms ou Cornell índice > 28 mm em home > 20 mm em mulheres?		

PERGUNTA	SIM	NÃO
O paciente apresenta Espessura médio-intimal da carótida (EMI) > 0,9 mm ; (Carótida espessa = sinal de aterosclerose)?		
O paciente apresenta Índice tornozelo-braquial (ITB) < 0,9 ?		
O paciente apresenta Albuminúria (≥ 30 mg/24h) ?		
O paciente apresenta Doença Renal Crônica - DRC (estágio III) ritmo de filtração glomerular de 30-60 ml/min/1,73 m ²		

* Tabela sem preenchimento obrigatório na primeira consulta.

DOENÇA CARDIOVASCULAR (DCV) E RENAL	SIM	NÃO
O paciente apresenta angina ?		
O paciente tem história de infarto do miocárdio ?		
O paciente tem história de isquemia miocárdica silenciosa ?		
O paciente tem história de doença de aorta relacionada com aneurismas, hematomas ou ulcerações?		
O paciente tem história de revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica?		
O paciente apresenta insuficiência cardíaca ?		
O paciente apresenta presença de fibrilação atrial ?		
O paciente apresenta doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores?		
O paciente apresenta história de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico ?		
O paciente apresenta história de hemorragia cerebral ?		
O paciente apresenta história de ataques isquêmico transitório ?		
O paciente possui Doença Renal Crônica (estágio IV e V) com <i>clearance</i> <30 ml/min/1,73 m ² ou proteinúria > 300 mg/24h?		

1. CÁLCULO DE RISCO

Insira a **quantidade de fatores de risco identificados** (igual ao total de respostas "SIM" acima)

	PAS 130 -139 ou PAD 85 -89mmHg	HAS ESTÁGIO I PAS 140 -159 ou PAD 90 -99mmHg	HAS ESTÁGIO II PAS 160 -179 ou PAD 100 -109mmHg	HAS ESTÁGIO III PAS > 180 ou PAD > 110mmHg
Sem fator de risco	SEM RISCO ADICIONAL	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
1 a 2 fatores de risco	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
Mais de 3 fatores	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
Presença de LOA, DCV, ou DM	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
A partir da pressão aferida no passo 1 e a quantidade de risco identificados acima, selecione o risco do paciente , utilizando a tabela acima como referência				
LEGENDAS	SEM RISCO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO

Fonte - BARROSO, Weimar Kunz Sebba; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad; BORTOLOTTI, Luiz Aparecido; MOTA-GOMES, Marco Antônio; BRANDÃO, Andréa Araujo; FEITOSA, Audes Diógenes de Magalhães; MACHADO, Carlos Alberto et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: <<https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>>. ISSN 0066-782X. DOI: 10.36660/abc.20201238 Acesso em 2 de novembro de 2022

Data da Estratificação

___/___/___

Assinatura do profissional

Carimbo do profissional

RENATA VALÉRIA NÓBREGA
Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA
Presidente do COSEMS/PB



FortaleceRAS

Protocolo de Atendimento a Dor Torácica

hcor
ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SIRIA

PROADI-SUS

SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO
PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

CONASS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

CONASEMS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



Protocolo de Atendimento a Dor Torácica

Atenção Especializada



Atenção Primária à Saúde



Atenção Hospitalar

RAS



Atenção de Urgência e Emergência



Serviço Móvel de Urgência



Ministério da Saúde
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde na Paraíba
Dayse Santana da Costa

Governador do Estado
João Azevêdo Lins Filho

Secretária de Estado da Saúde
Renata Valéria Nóbrega

Secretária Executiva de Estado da Saúde
Lívia Menezes Borralho

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde
Jonhy Bezerra

Equipe de elaboração 1ª Região de Saúde da Paraíba - Mata Atlântica
Raquel Marinho Ramos de Luna, Roberta Barros de Almeida, Gustavo Soares Fernandes, Patrícia Monteiro Barbosa, Walber Alves Frazão Júnior, Marie José da Silva Santos, José Gilliard Abrantes Pereira, Neuma da Costa Salles, Thaís Carvalho Pires de Sá, Jefferson Alain Emiliano e Melo, Najara Nádia Rodrigues.

Equipe de validação da Paraíba
Maria Izabel Ferreira Sarmiento, Dayse Santana da Costa, Khallijah Farias Montenegro, Ana Maria Fernandes da Silva, Kamilla Helen Rodrigues Capistrano, Janayra Bento, Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena, Roseanny Marques de Queiroga.

Equipe de elaboração do Hcor
Liza Yurie Teruya Uchimura, Valdenide Pereira dos Santos, Laís Araujo Cavalcante Vieira, Josiane Cavalcante, Jonathan Elias Teixeira Lucena, Ana Ruth Barbosa de Sousa, Raquel de França Ferreira, Fernanda Érica de Medeiros, Sâmella Rayssa Valeriano A, Paulo Ricardo Rodrigues da Silva

Catálogo na Publicação (CIP)

LISTA DE SIGLAS

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Hcor: Associação Beneficente Síria – Hospital do Coração
IAM: Infarto Agudo do Miocárdio
LC: Linha(s) de Cuidado
PROADI-SUS: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAS: Rede de Atenção à Saúde
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
IECA: Inibidores da enzima conversora da angiotensina
BRA: bloqueadores dos receptores da angiotensina
APS: atenção primária à saúde
SCA: Síndrome Coronariana Aguda
ECG: Eletrocardiograma
CCS: Sociedade Canadense Cardiovascular
FEVE: Fração de ejeção do ventrículo esquerdo
AAS: Ácido acetilsalicílico
IAMSSST: infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST
IAMCSST: infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST
BRE: Bloqueio de ramo esquerdo
V.O.: Via oral
I.V.: intravenoso
AINE: Anti-inflamatórios não esteroides
tPA: alteplase
TNK: tenecteplase
SK: estreptoquinase
TCE: Trauma cranioencefálico
SNC: Sistema nervoso central
PAS: Pressão Arterial Sistólica
PAD: Pressão Arterial Diastólica
ATC: angioplastia transluminal coronariana
SAMPLA: sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente
DM: diabetes mellitus
HAS: hipertensão arterial sistêmica
RSPB: região de saúde da Paraíba
AVC: acidente vascular cerebral
AIT: acidente isquêmico transitório
ECA: enzima conversora de angiotensina
VE: ventrículo esquerdo

SUMÁRIO

1. Finalidade	10
2. Pontos de atendimento	10
3. Introdução	10
3.1 Dor Torácica	10
3.1.1 Dor Torácica Definitivamente Anginosa: Dor Tipo A	10
3.1.2 Dor Torácica Provavelmente Anginosa: Dor Tipo B	10
3.1.3 Dor Torácica Provavelmente Não Anginosa: Dor Tipo C	10
3.1.4 Dor Torácica Definitivamente não Anginosa: Dor Tipo D	10
3.2 Diagnóstico Diferencial	11
3.3 Fatores de Risco para Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	11
CAPÍTULO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	11
1. Critérios de elegibilidade	11
Critérios de inclusão	11
Critérios de exclusão	11
2 Fluxo de acesso	11
3 Manejo clínico	12
CAPÍTULO II - ATENÇÃO ESPECIALIZADA	12
1. Critérios de elegibilidade	13
Critérios de inclusão	13
Critérios de exclusão	13
2 Fluxo de acesso	13
3 Manejo clínico	14
CAPÍTULO III - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - UPA	15
1. Critérios de elegibilidade	15
Critérios de inclusão	15
Critérios de exclusão	15
2. Fluxo de acesso	16
3. Manejo clínico	16

4. Tratamento Inicial	18
5. Plano de alta / Transferência hospitalar	21
CAPÍTULO V - SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA	22
1. Critérios de elegibilidade	22
Critérios de inclusão	22
Critérios de exclusão	22
2. Fluxo de acesso	22
3. Manejo clínico	22
CAPÍTULO IV - ATENÇÃO HOSPITALAR	24
1. Critérios de elegibilidade	24
Critérios de inclusão	24
Critérios de exclusão	24
2. Fluxo de acesso	24
3. Manejo clínico	24
4. Recomendações	26
4.1 Mudança de Estilo de Vida	26
4.2 Reabilitação Cardiovascular	27
4.3 Medicamentos a Serem Prescritos por Ocasão da Alta Hospitalar	27
4.4 Rastreamento Clínico Pós-alta	30
5. Scores de risco	32
TIMI (<i>thrombolysis in myocardial infarction</i>)	32
GRACE (<i>Global Registry of Acute Coronary Events</i>)	33
HEART (História-ECG-Anos-Risco-Troponina)	34
6. Referências	36

APRESENTAÇÃO

Como forma de viabilizar a implementação das Linhas de Cuidados (LC) no estado da Paraíba, o projeto FortaleceRAS, viabilizado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), iniciativa da Associação Beneficente Síria – Hospital do Coração (HCor) e do Ministério da Saúde, apoiado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), busca fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do apoio à implementação das linhas de cuidados de sobrepeso e obesidade, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS, Acidente Vascular Cerebral - AVC e Infarto Agudo do Miocárdio - IAM.

Dentre as ferramentas necessárias para implementação das ações, foi elaborado, pelos profissionais da primeira Região de Saúde da Paraíba (1ª RSPB), o Protocolo de Atendimento a Dor Torácica, com o intuito de produzir melhores resultados assistenciais e gerenciais aos serviços, e favorecer desfecho seguro aos pacientes inseridos na linha de Cuidado de Infarto Agudo do Miocárdio.

PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

1. Finalidade:

- Identificar casos de síndrome coronariana aguda e os diagnósticos diferenciais;
- Padronizar as condutas para atendimento do paciente com dor torácica nos diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Garantir atendimento de forma ágil e precisa, com as melhores estratégias para tomada de decisão;
- Evitar internações desnecessárias e altas não qualificadas;
- Reduzir a taxa de mortalidade em eventos agudos.

2. Pontos de atendimentos:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- Unidade de Atenção Primária à Saúde - APS;
- Unidade de Pronto Atendimento de Urgência - UPA;
- Unidade Hospitalar;
- Atenção Especializada.

3. Introdução

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é um espectro de condições que envolvem isquemia miocárdica aguda decorrente da redução abrupta do fluxo coronariano. Existem três formas de apresentação de SCA:

- Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com Supra ST), onde além de alteração característica no ECG ocorre elevação de troponina;
- Infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (IAM sem Supra ST), quando ocorre elevação de troponina, mas sem as alterações do ECG que configurem IAM com supra ST;
- Angina instável, onde há isquemia sem que se eleve a troponina.

A principal manifestação desta síndrome é a dor torácica, que está presente em 80% dos casos. Cerca de 20% das SCA têm apresentação atípica, chamada de equivalente isquêmico (por disfunção ventricular e ativação autonômica), sendo, esta apresentação, mais comum em mulheres, idosos, transplantados e diabéticos de longa data.

3.1 Dor Torácica

É um sintoma subjetivo, logo a avaliação de suas características é passo fundamental para a distinção entre SCA e os diagnósticos diferenciais. São consideradas as seguintes características: qualidade, localização, intensidade, irradiação, fatores desencadeantes e sintomas associados.

Dessa forma, o paciente pode ser classificado, em grupos estabelecidos pelo estudo CASS em 1981: Dor Tipo A, Dor Tipo B, Dor Tipo C e Dor Tipo D.

3.1.1 Dor Torácica Definitivamente Anginosa: Dor Tipo A

Dor ou desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitado pelo esforço físico, podendo irradiar para ombro, mandíbula ou face interna do braço (ambos), com duração de alguns minutos e aliviada pelo repouso ou com uso de nitrato.

Na SCA, a angina geralmente manifesta-se em repouso, mas alguns pacientes apresentam dor aos pequenos esforços iniciada nas últimas 2 semanas.

As características da dor torácica dão a certeza do diagnóstico de SCA, independente dos exames complementares.

3.1.2 Dor Torácica Provavelmente Anginosa: Dor Tipo B

Tem a maioria, mas não todas as características da dor definitivamente anginosa.

As características da dor torácica fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para confirmação diagnóstica.

3.1.3 Dor Torácica Provavelmente Não Anginosa: Dor Tipo C

Tem poucas características da dor definitivamente anginosa (“dor atípica”, sintomas de “equivalente anginoso”).

As características da dor torácica não fazem de SCA a primeira hipótese, necessitando de exames complementares para descartar o diagnóstico.

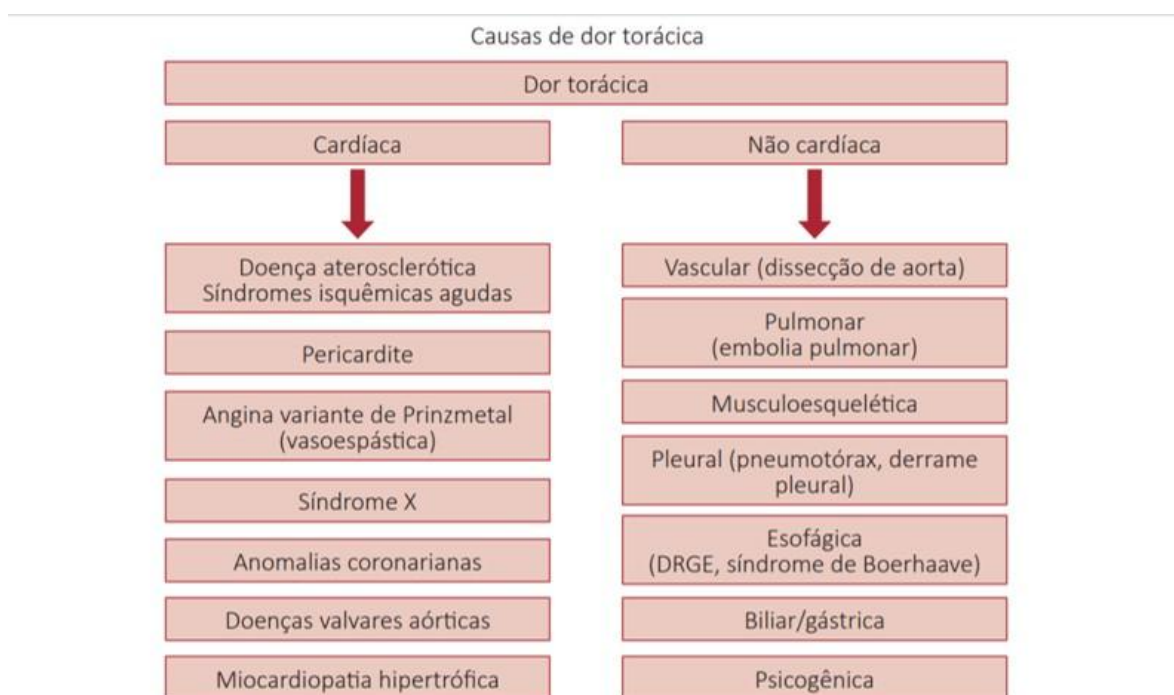
3.1.4 Dor Torácica Definitivamente não Anginosa: Dor Tipo D

Nenhuma característica da dor anginosa, fortemente indicativa de diagnóstico não cardiológico.

Apesar das características da dor não remeterem a SCA, em casos selecionados este sintoma pode ser uma apresentação atípica de SCA. Principalmente em pacientes com múltiplos fatores de risco para doença arterial coronária.

3.2 Diagnóstico Diferencial

A [causa da dor torácica](#) pode ser cardíaca ou não cardíaca, como mostrado no quadro a seguir:



3.3 Fatores de Risco para SCA

Este protocolo utiliza os fatores de risco clássicos citados em diretrizes e fatores de risco emergentes da literatura nos últimos anos:

Fatores de risco clássicos:

- Aterosclerose manifesta (prevenção secundária), Síndrome coronariana aguda prévia, Angina estável, Revascularização arterial coronária (cirúrgica ou percutânea), Revascularização em qualquer território arterial, Acidente vascular Cerebral/Acidente Isquêmico Transitório prévios, Doença arterial periférica, Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica, Tabagismo, Dislipidemia, Obesidade, Idade, Homens > 45 anos, Mulher > 55 anos, História Familiar de Doença Cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau: Homens < 55 anos, Mulheres < 65 anos;

Fatores de risco emergentes:

- Insuficiência Renal Crônica, HIV em uso de terapia antirretroviral, doença inflamatória crônica, menopausa. Reposição de testosterona, uso de cocaína.

CAPÍTULO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Critérios de elegibilidade

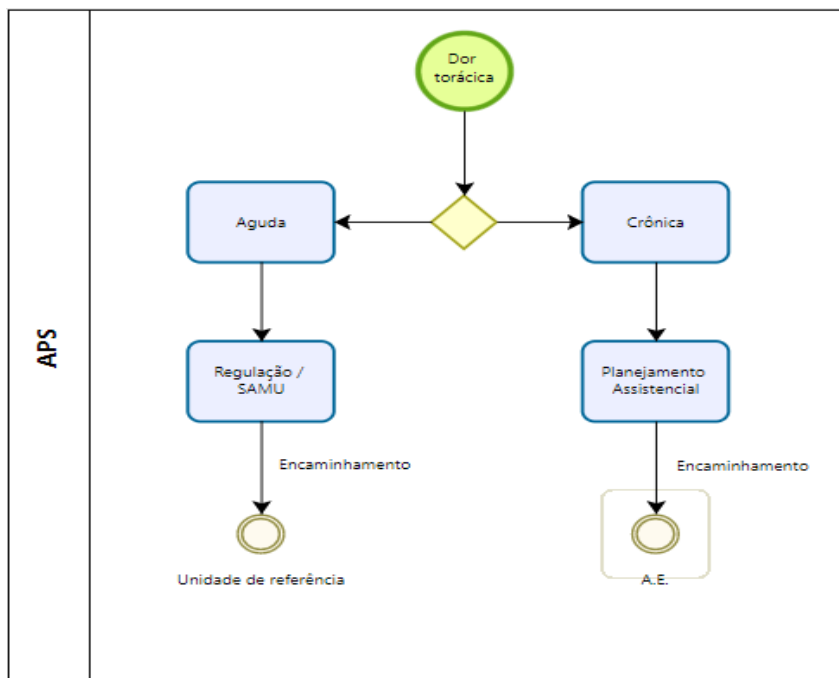
Critérios de inclusão

- Em todos os pacientes em avaliação, deve ser estimada a probabilidade clínica de doença arterial coronariana, baseada nas características da dor, idade, sexo, exame

clínico e fatores de risco relacionados.

Critérios de exclusão

- Sem critérios de exclusão, todos os pacientes adultos serão inseridos no protocolo.



2. Fluxo de acesso

3. Manejo clínico

- Acomodar paciente e evitar mínimos esforços;
- Buscar informações do início da dor;
- Evitar ingestão de líquidos e alimentos (risco de broncoaspiração);
- Verificar, registrar e monitorar sinais vitais e nível de consciência;
- Verificar, registrar e monitorar localidade intensidade da dor;
- Se disponível material e equipamento, instalar oxigenoterapia, puncionar acesso venoso periférico e realizar eletrocardiograma;
- Acionar Serviço Móvel de Urgência Emergência.

Após um evento agudo, a presença de angina deve ser avaliada em todas as consultas e graduada em classes funcionais, como preconizado pela Sociedade Canadense Cardiovascular (CCS):

CLASSE	NÍVEIS DE SINTOMAS
I	Atividade física usual não provoca angina. Angina com esforços físicos e intensos.
II	Discreta limitação para atividades habituais. A angina ocorre ao caminhar ou subir escada rapidamente, caminhar em aclive. Caminhar ou subir escada após ereções, ou no frio, ou no vento, ou sob estresse emocional, ou apenas durante poucas horas após o despertar. A angina ocorre após caminhar 02 quarteirões planos ou subir mais de 01 lance de escada em condições normais.
III	Limitação com atividade física usual. A angina ocorre ao caminhar 01 quarteirão plano ou subir 01 lance de escada.
IV	Incapacidade de realizar qualquer atividade habitual sem desconforto. Angina pode ocorrer em repouso

Fonte: Adaptado de Diretrizes de Doença Coronariana Crônicas Angina Estável. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004

Pacientes com diagnóstico de angina estável, com classe funcional CCS I e II, sem mudança de padrão, sem disfunção ventricular importante (fração de ejeção do ventrículo esquerdo - FEVE < 40%) e sem eventos cardiovasculares (síndrome coronariana aguda ou necessidade de revascularização) nos últimos 2 anos, podem ser contra referenciados para acompanhamento clínico e controle de fatores de risco na Atenção Primária à Saúde.

Estes pacientes devem retornar ao ambulatório de especialidade se evoluírem de classe funcional CCS, apresentarem novo evento cardiovascular agudo ou a critério médico, mantendo sempre o cuidado compartilhado com a APS.

CAPÍTULO II - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

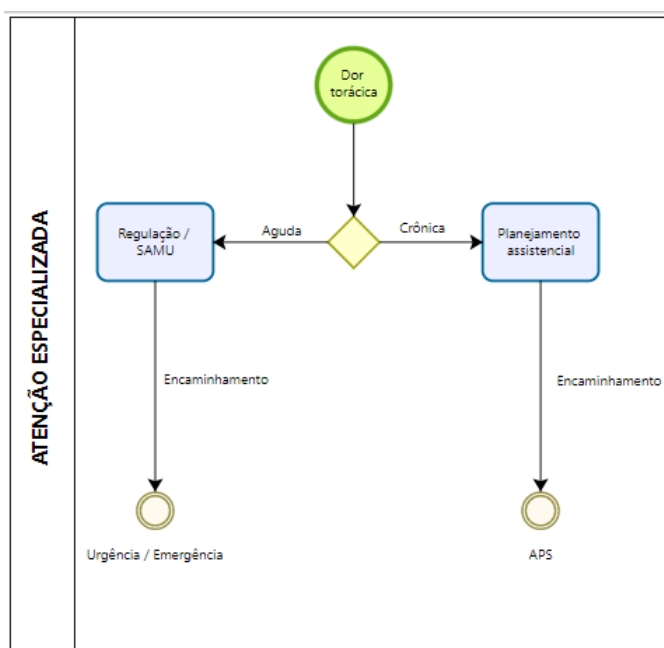
1. Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão

- Todos os pacientes em avaliação, deve ser estimada a probabilidade clínica de doença arterial coronariana, baseada nas características da dor, idade, sexo, exame clínico e fatores de risco relacionados.

Critérios de exclusão

- Pacientes com hipótese diagnóstica ou em tratamento de infecção.



2. Fluxo de acesso

3. [Manejo clínico](#)

Pacientes com diagnóstico de angina estável, com classe funcional CCS I e II ([Avaliação da CCS](#)), sem mudança de padrão, sem disfunção ventricular importante (fração de ejeção do ventrículo esquerdo - FEVE < 40%) e sem eventos cardiovasculares (síndrome coronariana aguda ou necessidade de revascularização) nos últimos 2 anos,

podem ser contra referenciados para acompanhamento clínico e controle de fatores de risco na Atenção Primária à Saúde.

Estes pacientes devem retornar ao ambulatório de especialidade se evoluírem de classe funcional CCS, apresentarem novo evento cardiovascular agudo ou a critério médico, mantendo sempre o cuidado compartilhado com a APS.

Os pacientes pós-infarto apresentam maior risco de eventos cardiovasculares e necessidade de ajustes no tratamento farmacológico nos 12 primeiros meses, recomendadas pelo menos 2 consultas de acompanhamento no primeiro ano e a primeira consulta deve ser realizada, preferencialmente, nos 3 primeiros meses.

Primeira consulta:

- Pacientes definidos como de baixo risco na internação (sem disfunção ventricular e com lesão de vaso único), que tenham realizado revascularização completa após um IAM, devem ser reavaliados na Atenção Primária entre 2 e 6 semanas após a alta hospitalar e acompanhados de forma longitudinal
- Pacientes com maior gravidade (com disfunção ventricular, lesão de múltiplos vasos ou revascularização incompleta) recomenda-se uma avaliação dentro de 14 a 30 dias na Atenção Especializada e acompanhamento de forma longitudinal compartilhado com a Atenção Primária.

Segunda consulta:

Deve ser realizada, idealmente, em 3 meses após a avaliação inicial. Entretanto, essa recomendação deve ser individualizada e adequada às necessidades de cada paciente.

Para os pacientes que permanecem assintomáticos e com fatores de risco controlados no primeiro ano, é recomendada a reavaliação anual na Atenção Primária.

Exames de seguimento:

Avaliação	Periodicidade
Perfil lipídico: Colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos	Anual
Perfil glicêmico: Glicemia de jejum e hemoglobina glicada	Anual
Função renal: Creatinina, uréia, sódio e potássio	A cada 2 anos em pacientes estáveis e com fatores de risco controlados Anual ou a cada 6 meses em pacientes em uso de diuréticos e Inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA) / bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA)
Hemograma completo	A cada 2 anos em pacientes estáveis e com fatores de risco controlados

Ecocardiograma	<p>Em pacientes com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo pós-infarto: 4 a 6 meses após o infarto. A função cardíaca pode apresentar melhora devido à recuperação de atordoamento do miocárdio ou hibernação, ou piora por remodelamento, ou outras comorbidades como valvopatias e arritmias</p> <p>Em pacientes assintomáticos: A cada 3 a 5 anos para avaliar a função do ventrículo esquerdo (diastólica e sistólica), <i>status</i> valvar e dimensões cardíacas</p>
Exames de avaliação funcional (ergometria/cintilografia miocárdica/ecocardiograma de estresse)	<p>Em pacientes com sintomas novos e/ou piora dos sintomas prévios. A escolha do método depende da disponibilidade local e das características clínicas do paciente</p>

Fonte:

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/atencao-especializada/prevencao-secundaria/#pills-exames-seguimento>

CAPÍTULO III - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

1. Critérios de elegibilidade

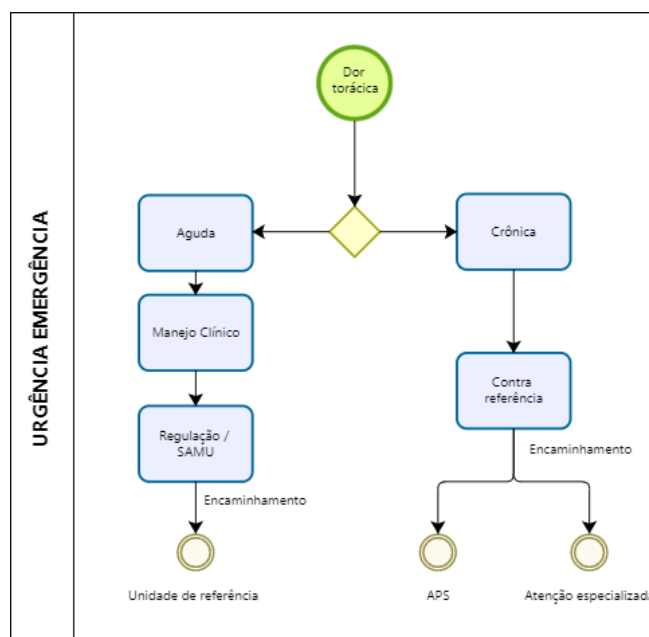
Critérios de inclusão

- Todo paciente adulto com dor torácica autorreferida ou regulado.

Critérios de exclusão

- Pacientes com hipótese diagnóstica/confirmado de sepse através de exames laboratoriais e de imagem.

2. Fluxo de acesso



3. Manejo clínico

Acolhimento/Triagem deve incluir as seguintes informações:

- Situação/Queixa/Duração
- Classificar a dor em intensidade pela escala de 1 a 10 (Escala visual analógica) e registrar em prontuário
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de medicação contínua
- Verificação e registro em prontuário de sinais vitais e nível de consciência
- Verificação e registro em prontuário da glicemia e eletrocardiograma

Pacientes com queixa de dor torácica, ou com sinais/sintomas sugestivos de IAM devem realizar um eletrocardiograma em até 10 minutos, a contar do início da triagem. O ECG deve ser avaliado imediatamente pelo médico e seu resultado incluído na Classificação de Risco do paciente.

A **Classificação de Risco** se dará nos seguintes níveis:

Vermelho: Prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: Prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verde: Prioridade 2 – prioridade não urgente.

Azul: Prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento conforme o horário de chegada.

Estratificação de risco de morte ou infarto em pacientes com síndrome isquêmica aguda sem supradesnível do segmento ST			
	Alto	Moderado	Baixo
Variável Prognóstica	Pelo menos uma das características a seguir deve estar presente	Nenhuma característica de alto risco, mas com alguma das que seguem adiante	Nenhuma característica de risco intermediário ou alto, mas com alguma das que seguem adiante
História	Agravamento dos sintomas nas últimas 48h	Idade = 70 a 75 anos	
	Idade > 75 anos	Infarto prévio, doença cerebrovascular ou periférica, diabetes mellitus, cirurgia de revascularização, uso prévio de AAS (Ácido Acetil salicílico)	
Dor precordial	Dor prolongada (> 20 min), em repouso	Angina de repouso > 20 min, resolvida, com probabilidade de DAC moderada a alta.	Novo episódio de angina classe III ou IV da CCS nas últimas 2 semanas sem dor prolongada em repouso, mas com moderada ou alta probabilidade de DAC (doença arterial coronariana)
		Angina em repouso ≤ 20 min, com alívio espontâneo ou com nitrato.	
Exame físico	Edema pulmonar, piora ou surgimento de sopro de regurgitação mitral, B3, novos estertores, hipotensão, bradicardia ou taquicardia		
ECG - Eletrocardiograma	Infradesnível do segmento ST > 0,5 mm (associado ou não com angina), alteração dinâmica do ST, bloqueio completo de ramo, novo ou presumidamente novo.	Inversão onda T > 2 mm; ondas Q patológicas	Normal ou inalterado durante o episódio de dor
	Taquicardia ventricular sustentada		
Marcadores séricos de isquemia (Troponina I cardíaca; Troponina T cardíaca ou CK-MB (preferencialmente massa))	Acentuadamente elevados	Discretamente elevados	Normais

Fonte: Adaptado de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021.

Estratificação de risco para eventos cardiovasculares

Nem todos os pacientes apresentam o mesmo risco de evolução para um evento adverso, sendo a avaliação inicial fundamental para decisão terapêutica e encaminhamento do paciente.

Com base nos dados da anamnese e exame clínico, do ECG e marcadores de necrose miocárdica seriados, é possível estabelecer risco imediato a médio prazo para eventos.

Pacientes com suspeita de SCA devem ser divididos em dois grupos segundo os achados do **ECG**:

- SCACSST - Paciente com dor torácica aguda e supradesnível persistente do segmento ST - SCACSST ou bloqueio de ramo esquerdo - BRE novo ou presumivelmente novo, condição geralmente relacionada com oclusão coronariana e necessidade de reperfusão imediata.

- SCASSST - Paciente com dor torácica aguda sem supradesnívelamento persistente do segmento ST - SCASSST, associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica com amplo espectro de gravidade. Neste grupo, estão os pacientes com angina instável (sem alterações de marcadores de necrose miocárdica) e aqueles com infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST (quando há elevação de marcadores de necrose miocárdica).

O diagnóstico da SCASSST é estabelecido baseado nas informações provenientes da história clínica, do exame físico, do eletrocardiograma e marcadores de lesão miocárdica. Visando evitar uma alta inadvertida, os pacientes devem permanecer monitorados por 12 horas e realizar ECG e mensuração de troponina seriados.

Característica de angina na síndrome coronariana aguda	
Aguda	
Localização	Em quaisquer das seguintes regiões: Tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores
Qualidade	Aperto, peso, opressão, desconforto
Irradiação	Membros superiores (direito, esquerdo ou ambos), ombro, mandíbula, pescoço, dorso e região epigástrica
Duração	Geralmente mais de 20 minutos
Fator desencadeante	Sem necessidade de fator causal desencadeante
Fator de alívio	Uso de nitroglicerina e derivados Não alivia com o repouso
Sintomas associados	Sudorese, náusea, vômito, palidez, dispneia, pré-síncope e síncope
https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/unidade-de-pronto-atendimento/avaliacao-conduta/#pills-sindrome	

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/unidade-de-pronto-atendimento/avaliacao-conduta/#pills-sindrome>

4. Tratamento inicial

- Oxigenioterapia suplementar (2 a 4 L/min): Indicada quando o paciente apresentar hipóxia, com Saturação de O₂ < 90%, ou sinais clínicos de hipóxia
- Analgesia: O sulfato de morfina pode ser utilizado, se disponível, em casos refratários ou com contraindicação aos nitratos e betabloqueadores
 - Morfina: Administrado por via intravenosa, na dose de 2 a 4 mg, diluídos a cada 5 min até, no máximo, 25 mg. Estão contraindicados na presença de hipotensão arterial (pressão arterial sistólica < 100 mmHg) ou uso prévio de sildenafil nas últimas 24h, ou uso de tadalafila nas últimas 48h e infarto de ventrículo direito.
- Controle Glicêmico: Instituir protocolos de controle glicêmico em pacientes com IAM que apresentam hiperglicemia significativa (> 180 mg/dL). O alvo é reduzir os níveis glicêmicos e evitar episódios de hipoglicemia (< 70 mg/dL)
- Terapia anti-isquêmica:
 - Nitratos: Administrar dinitrato de isossorbida sublingual. Caso haja angina persistente, hipertensão arterial ou sinais de congestão, administrar nitroglicerina intravenosa. Estão contraindicados na presença de hipotensão arterial (pressão arterial sistólica < 100 mmHg) ou uso prévio de sildenafil nas últimas 24h, ou uso de tadalafila nas últimas 48h.
Atenção: Administrar com cautela em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito
 - Betabloqueadores: Administrar V.O. nas primeiras 24-72 horas em pacientes sem contraindicações (sinais de insuficiência cardíaca, sinais de baixo débito, risco aumentado de choque cardiogênico ou outras contraindicações)

ao betabloqueador). Betabloqueador intravenoso (IV) pode ser administrado em pacientes de risco intermediário e alto com isquemia persistente, taquicardia e hipertensão, desde que não apresente sinais clínicos/radiológicos de insuficiência cardíaca.

- Terapia Antitrombótica:
 - AAS - ácido acetilsalicílico: Administrar o mais precoce possível em todos os pacientes sem contraindicação, em dose inicial de 150 a 300 mg (pacientes sem uso prévio de AAS) e dose de manutenção de 81 a 100 mg/dia
 - Clopidogrel: Administrar dose de ataque (600 mg se planejado estratégia invasiva e 300 mg, em situações em que não há previsão de cineangiocoronariografia) e dose de manutenção de 75 mg/dia.
- Anticoagulantes: A escolha e momento do anticoagulante são determinados pela estratégia de tratamento (abordagem invasiva ou conservadora), gravidade da apresentação clínica e particularidades de cada serviço
 - Enoxaparina: Uso preferencial em pacientes com proposta inicial de tratamento conservador, na dose de 1 mg/kg de 12/12h S.c.(pacientes com mais de 75 anos administrar 75% da dose calculada e pacientes com clearance de creatinina 15 a 30 mL/min administrar 1 mg/kg de 24/24h via subcutânea)
Atenção: Não administrar enoxaparina em pacientes com clearance de creatinina < 15 mL/min.
 - Infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST: Uso preferencial em pacientes com mais de 150 kg de peso, naqueles com clearance de creatinina < 15 mL/min e nos que vão precocemente à estratégia invasiva. Dose de 60 a 70 UI/kg em bolus IV (dose máxima de 5.000 UI), seguida de infusão (12 a 15 UI/kg/h) com alvo de PTT 1,5-2,5 vezes o controle
Atenção: Anti-inflamatórios não esteroides - AINE não devem ser administrados (com exceção do AAS) em pacientes com suspeita de IAM.
- Terapia trombolítica: A classe de trombolíticos é dividida em fibrino-específicos (alteplase – tPA; tenecteplase – TNK) e não fibrino-específicos (estreptoquinase – SK).
 - O TNK é o trombolítico de escolha nas UPAs e no SAMU
 - Nos ambientes hospitalares, trombolíticos fibrino-específicos devem ser reservados para IAMCSST de apresentação mais precoce e com maior área de miocárdio afetada ou nos pacientes que apresentam contraindicação ao uso da SK
 - A SK deve ser preferida em maiores de 75 anos pelo menor risco de sangramento cerebral

Contraindicações absolutas	Contraindicações relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia prévia Sistema Nervoso Central - SNC • Neoplasia de SNC (primária ou metastática) • Lesão estrutural vascular de SNC • Acidente Vascular Cerebral - AVC isquêmico • < 6 meses • Sangramento ativo (exceto menstruação) • Sangramento gastrointestinal < 30 dias • Punção ou biópsia em sítio não compressível (ex. fígado, rins, lombar < 24h) • Coagulopatias • TCE e/ou trauma de face < 30 dias • Cirurgia SNC < 2 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • PAS \geq 180 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg – refratária • Reanimação CardioPulmonar - RCP Ataque isquêmico • Úlcera péptica ativa • Cirurgia de grande porte \leq 3 semanas • Gravidez, aborto ou parto recente < 7 dias • Uso de anticoagulantes orais • Uso de Cocaína: preferir tratamento clínico e/ou angioplastia • Endocardite

Fonte: Acute Myocardial Infarction. Massachusetts: NEJM, 2017.

Conforme a estratificação de risco do paciente e complexidade de atendimento, ele deve ser regulado para internação nas seguintes unidades:

Unidade Coronariana ou Unidade de Terapia Intensiva

- Pacientes com IAM com supra de ST, que devem ser submetidos a terapia de reperfusão: Trombólise ou angioplastia transluminal coronariana (ATC) primária
- Pacientes com IAM sem supra de ST
- Pacientes com angina instável e critérios de alto risco, ou infradesnivelamento do segmento ST \geq 0,5 mm em duas, ou mais derivações contíguas

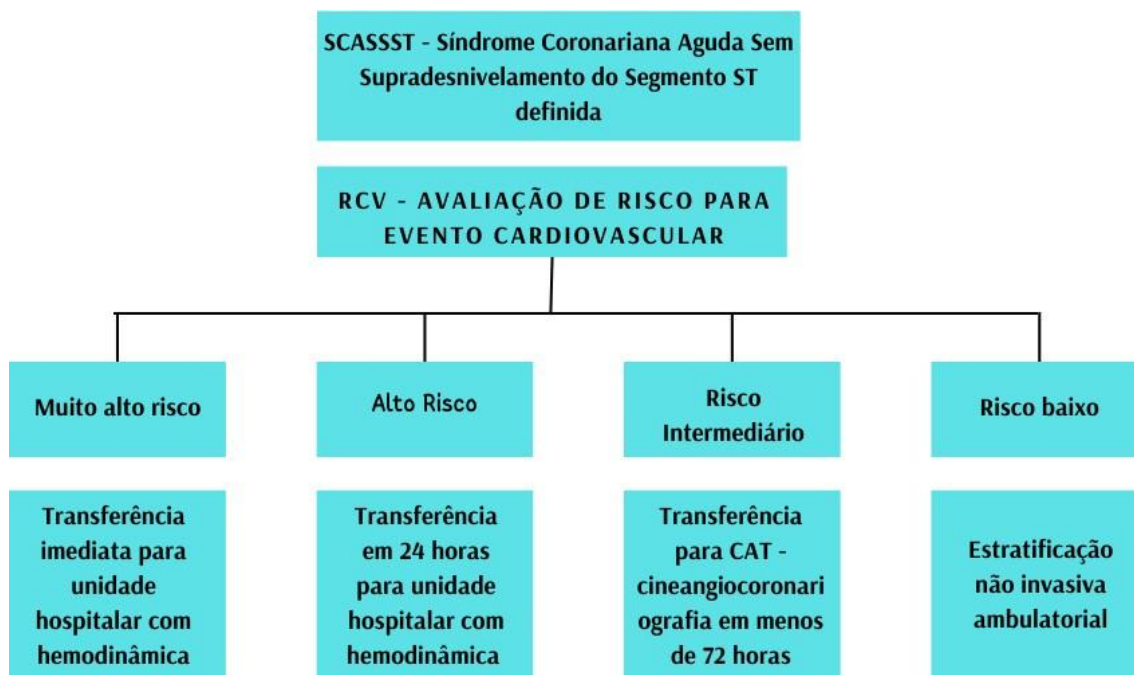
Unidade com monitorização contínua

Pacientes com angina instável de **risco intermediário**, marcadores de lesão miocárdica negativos e ausência de infradesnivelamento do segmento ST \geq 0,5 mm em duas ou mais derivações contíguas) devem permanecer em observação por 24 a 48 horas para:

- Monitorização eletrocardiográfica contínua e ECGs seriados
- Marcadores de lesão miocárdica seriados
- Transferência para enfermaria em 24 a 48 horas se não houver recorrência de dor, estiverem estáveis e com ECG e MLM sem alterações
- Realizar teste provocativo de isquemia, preferencialmente internados ou em 72 horas após a alta.

Pacientes com **baixa probabilidade** de SCA ou AI de baixo risco e ausência de infradesnivelamento do segmento ST \geq 0,5 mm em duas ou mais derivações contíguas ou aumento dos marcadores de lesão miocárdica devem permanecer em observação por 12 a 24 horas para:

- Realização de ECG
- Dosagem sérica de marcadores de lesão miocárdica
- Realizar teste provocativo de isquemia preferencialmente antes da alta hospitalar
- Alta hospitalar com seguimento ambulatorial, após 12 a 24 horas de observação, se o paciente estiver sem recorrência da dor, estável e com ECG e marcadores de lesão miocárdica sem alterações.



Fonte: Adaptado 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. European Heart Journal, 2020.

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/unidade-de-pronto-atendimento/planejamento-terapeutico/#Tratamento&#pills-recomendacoes-encaminhamento>

5. Plano de alta / Transferência hospitalar

Pacientes de baixo risco - Plano de alta

A nota de alta deve conter um resumo detalhado do quadro clínico e da estratégia terapêutica adotada durante o atendimento.

- Diagnóstico e informações médicas relevantes
- Disponibilizar os resultados dos exames realizados
- Prescrição médica completa
- Encaminhamento para realizar os [exames de avaliação funcional](#) na Atenção especializada
- Encaminhamento à Unidade de Atenção Primária de referência, em até 7 dias da alta, para consulta de revisão
- Ênfase nas medidas de autocuidado - Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

Pacientes com risco moderado/alto - Transferência hospitalar

Realizar contato com a Central de Regulação para orientações e transporte dos pacientes à Unidade Hospitalar. Em locais que não dispõem de Central de Regulação, encaminhar para a Unidade Hospitalar após contato e aceite do médico plantonista ou seguir o fluxo de regulação local.

O relatório de transferência contém resumo detalhado do quadro clínico e da estratégia terapêutica adotada durante o atendimento.

- Diagnóstico e informações médicas relevantes no formulário de referência e contrarreferência
- Disponibilizar cópia dos resultados dos exames realizados de imagem e

- laboratoriais. ECG
- Cópia do prontuário

CAPÍTULO IV - SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA

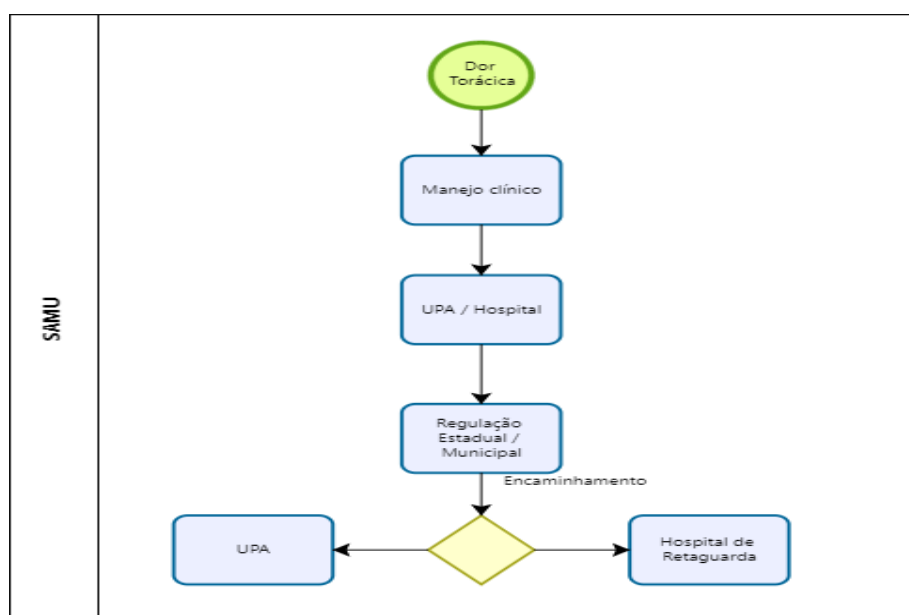
1. Critério de elegibilidade

Critérios de inclusão

- Todo acionamento para atendimento de paciente adulto com dor torácica.
- Dor torácica com suspeita de causa cardíaca.
- Realização de ECG na cena para confirmação de SCA.

Critérios de exclusão

- Pacientes com hipótese diagnóstica de infecção
- ECG realizado pela equipe e descartado evento pela central de monitoramento/regulação.



2. Fluxo de acesso

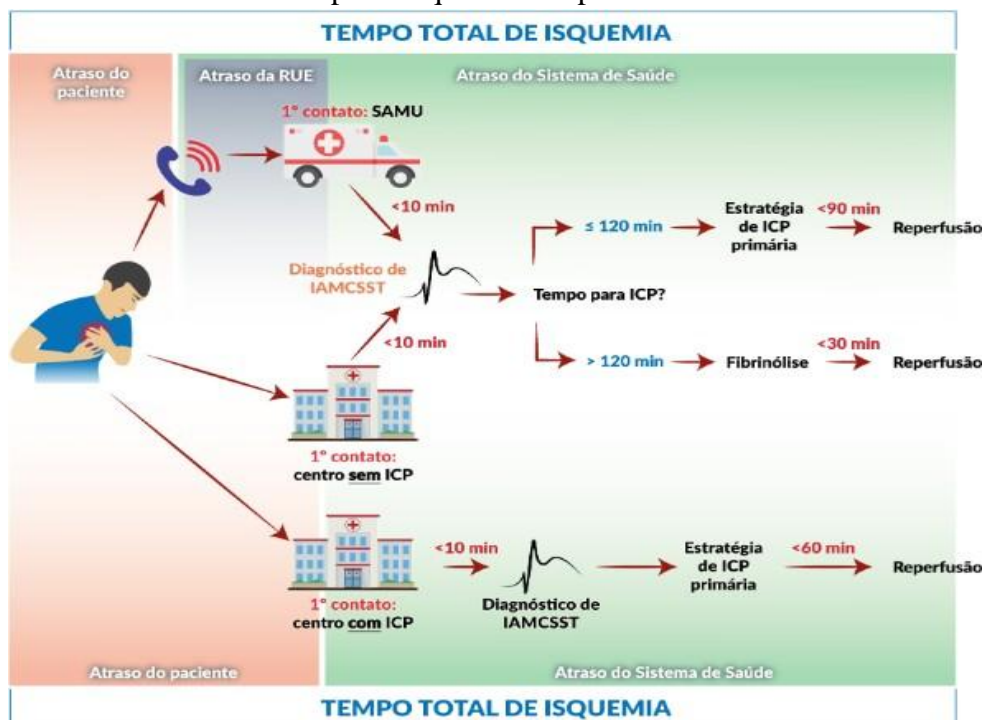
3. Manejo clínico

- Avaliar ambiente;
- Avaliação primária;
- Realizar avaliação secundária;
- Coletar história SAMPLA (sinais vitais, alergias, medicamentos em uso, passado médico, líquidos e alimentos, ambiente), exame clínico;
- Orientar para não ser realizada nenhuma ingestão oral;
- Avaliar nível de consciência:
 - Considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência (Glasgow ≤ 8), com diagnóstico clínico de insuficiência respiratória aguda, ou evidente risco de aspiração
- Manter o paciente em repouso com decúbito elevado;

- Instalar acesso venoso periférico em membro superior;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada:
 - Administrar oxigênio suplementar por cateter nasal ou máscara, se saturação de oxigênio for $< 94\%$ (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica)
- Medir a glicemia capilar:
 - Se a glicemia for < 70 mg/dL, administrar 30 a 50 mL de Glicose 50%, intravenoso/intraósseo; repetir glicemia capilar em 10 minutos e administrar Glicose 50% conforme recomendação acima, em caso de persistência dos sintomas.
- Realizar ECG em até 10 minutos do início do atendimento, quando disponível;
- Considerar avaliação / opinião do ECG por tele-eletrocardiograma síncrono/laudo;
- Após ECG de 12 derivações, avaliar se o paciente apresenta infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST e preenche critérios para trombólise pré-hospitalar, se disponível
- Aguardar orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a UPA ou Emergência da Unidade Hospitalar.

Durante o preparo do paciente para remoção:

- O uso de morfina endovenosa está reservado para pacientes com dor intensa e refratária, doses de 2 a 4 mg e podendo ser repetida em 15 minutos na dose de 2 mg
- Se suspeita de síndrome coronariana aguda, consulte
- A presença de alterações de segmento ST ou onda “Q” auxiliam na definição da Unidade da Rede para qual o paciente deve ser encaminhado.



<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/unidade-de-pronto-atendimento/avaliacao-conduta/#pills-fluxograma>

CAPÍTULO V - ATENÇÃO HOSPITALAR

1. Critérios de elegibilidade

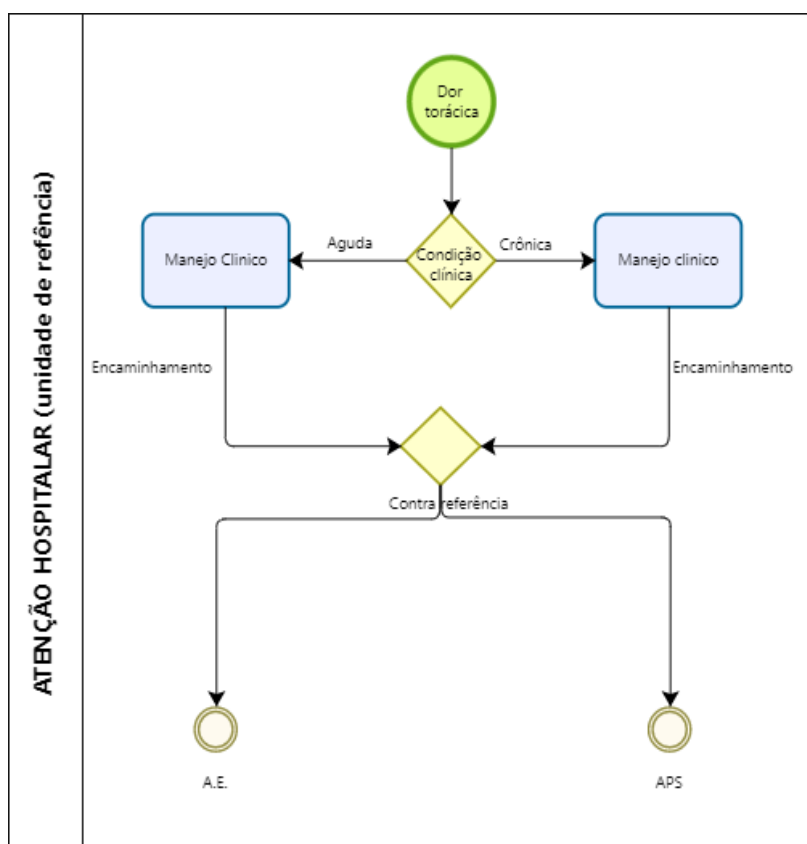
Critérios de inclusão

- Todo paciente adulto com quadro de dor torácica típica ou atípica, pronto atendimento e/ou internado nas unidades do hospital deve ser incluído no monitoramento do protocolo com realização de ECG em até 10 minutos, dosagem de marcadores de necrose miocárdica (painel cardíaco - troponina, CK-MB, CPK, Mioglobina) e atendimento médico inicial.

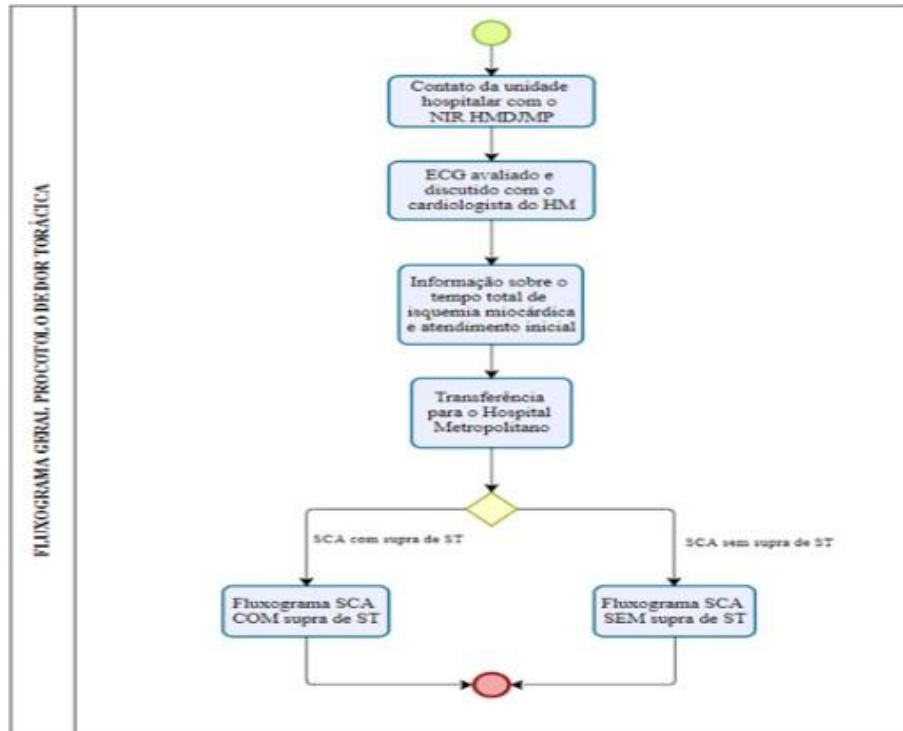
Critérios de exclusão

- Pacientes com quadro sugestivos de sepse não devem ser incluídos no protocolo de dor torácica. Portanto, pacientes com achados clínicos (febre, leucocitose com desvio à esquerda, sinais e sintomas sugestivos de infecção) devem ser investigados para possível foco infeccioso e não devem ser incluídos no protocolo de dor torácica até confirmação do diagnóstico. Atenção para os casos de IAMCSST devido à gravidade será abordado se estiver na janela de tratamento primário.

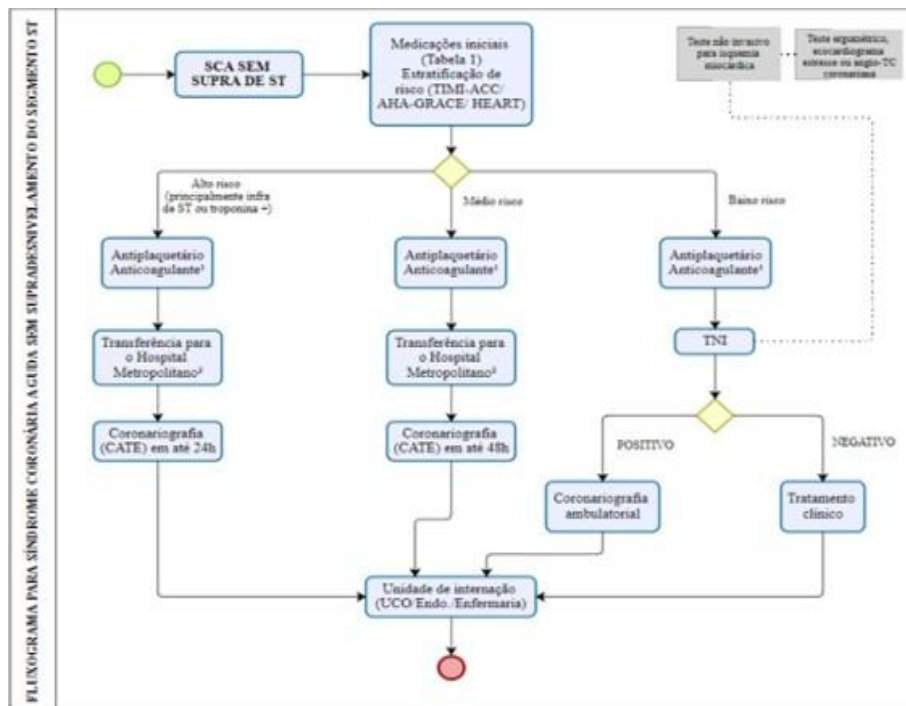
2 Fluxo de acesso



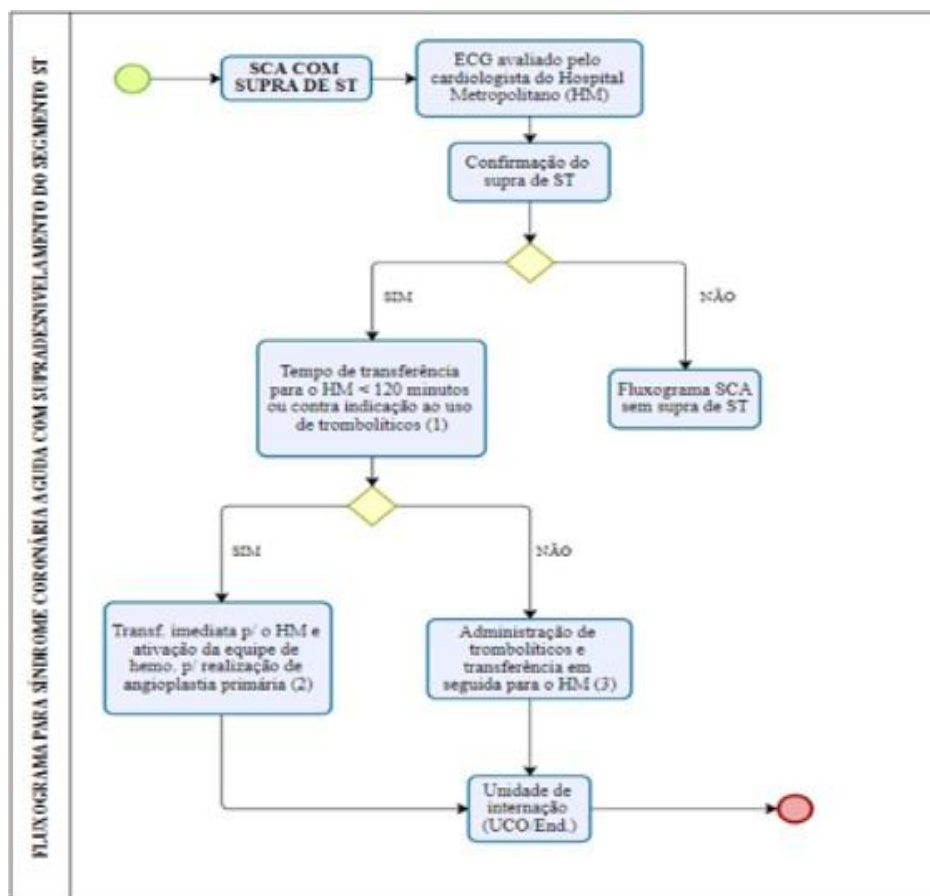
3. Manejo clínico



Fonte: protocolo dor torácica. PT.ins.008-03. hospital Metropolitano, 2022



Fonte: protocolo dor torácica. PT.ins.008-03. hospital Metropolitano, 2022



Fonte: protocolo dor torácica. PT.ins.008-03. hospital Metropolitano, 2022.

4. [Recomendações na Alta e Cuidados Pós-Alta Hospitalar](#)

4.1 Mudança de Estilo de Vida

A prevenção secundária é parte fundamental no cuidado do paciente pós-SCA. Esta etapa compreende, mudanças no estilo de vida, reabilitação cardiovascular, educação quanto aos fatores de risco e promoção da melhor adesão ao tratamento. As orientações devem ser dadas ao paciente pela equipe multidisciplinar, quanto ao retorno às suas atividades laborais e sexuais e quanto à capacidade de conduzir veículos, trabalhando a reinserção do paciente paulatinamente à sua rotina.

O abandono do tabagismo é medida muito efetiva para redução da mortalidade em pacientes pós SCASSST. O encaminhamento a um programa de cessação do tabagismo e a utilização de agentes farmacológicos, incluindo nicotina, são comprovadamente úteis. Os pacientes que tiveram SCASSST classificam-se, obviamente, como de muito alto risco cardiovascular, portanto, uma redução considerável nos valores do colesterol é absolutamente indispensável. É recomendada uma dieta padrão que enfatiza a ingestão de vegetais, frutas, grãos integrais, leguminosas, fontes de proteínas saudáveis (produtos lácteos, aves com baixo teor de gordura, peixe e óleos vegetais não tropicais. Deve-se evitar a ingestão de doces, bebidas açucaradas e o próprio açúcar, além do excesso de carne vermelha.

4.2 Reabilitação Cardiovascular

O processo de reabilitação cardiovascular do paciente acometido por SCA inicia-se ainda durante a internação, na fisioterapia hospitalar, como o processo de deambulação

precoce e a realização de movimentos passivos de deambulação precoce e a realização de movimentos passivos e ativos dos principais grupos musculares.

Na ocasião da alta, é importante que todo paciente receba orientação adequada sobre a prática de atividade física que, inicialmente, no domicílio, deverá ser de leve intensidade, como continuidade aos exercícios que já vinham sendo realizados na fase intra-hospitalar (fase 1), e sobre como se monitorar.

Deve ser indicada avaliação precoce em programa formal de reabilitação ou, quando não disponível, ser o paciente orientado sobre programa de exercícios que possam ser acompanhados pelo fisioterapeuta ou educador físico, de acordo com limites propostos pelo médico (fase 2).

A tabela 3.2 enumera as contra indicações para a prática de atividade física regular. De posse dos dados clínicos com foco na ocorrência de angina, classificação funcional, função ventricular, presença de lesões coronárias resíduos e de arritmias, segue-se com a classificação do risco para a prática de atividade física no cardiopata. Esta classificação é útil na determinação do nível de suporte a ser ofertado durante o programa e a necessidade de monitoramento durante as sessões de exercícios.

Classificação de risco para exercício em pacientes cardiopatas		
Baixo risco	Risco moderado	Alto risco
<ul style="list-style-type: none"> • Fração de Ejeção do Ventriculo Esquerdo > 50% • Ausência de arritmias complexas • Ausência de sintomas de insuficiência cardíaca congestiva • Ausência de angina com o esforço ou no período de recuperação • Ausência de lesão valvular grave ou moderada • Capacidade funcional ≥ 7 METS 	<ul style="list-style-type: none"> • FEVE: 40% a 49% • Sinais/sintomas, incluindo angina em níveis moderados de exercício (5 a 6,9 METS) ou no período de recuperação • Lesão valvar moderada 	<ul style="list-style-type: none"> • FEVE < 40% • Sobreviventes de parada cardíaca ou morte súbita • Arritmias ventriculares complexas em repouso ou no exercício • Doença valvular grave • Cardiopatia congênita não corrigida • Capacidade funcional < 2mm
<small>Fonte: Adaptado de Nicolau et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021</small>		

4.3 Medicamentos a Serem Prescritos por Ocasão da Alta Hospitalar Antitrombóticos

- Troca de Antiplaquetários

Por ocasião da alta hospitalar, contudo, pode ser necessária a troca do segundo antiplaquetário por algum motivo, entre os quais:

- Custo.
- Efeitos adversos limitantes (p. ex., dispneia com o ticagrelor, sangramento em vigência dos fármacos mais potentes como ticagrelor e prasugrel).
- Preferência do paciente por usar medicações com tomada única diária (p. ex., prasugrel, se tratado com ICP e sem AVC/AIT prévio) em vez de duas vezes por dia (ticagrelor).

No paciente com SCA há menos de 30 dias, recomendamos que, caso seja necessária a troca entre agentes P2Y12, seja seguido o esquema da Figura 3.1. Nos casos em que o paciente tenha apresentado SCA há mais de 30 dias e seja necessária a troca entre agentes, recomenda-se o esquema da Figura 3.2.

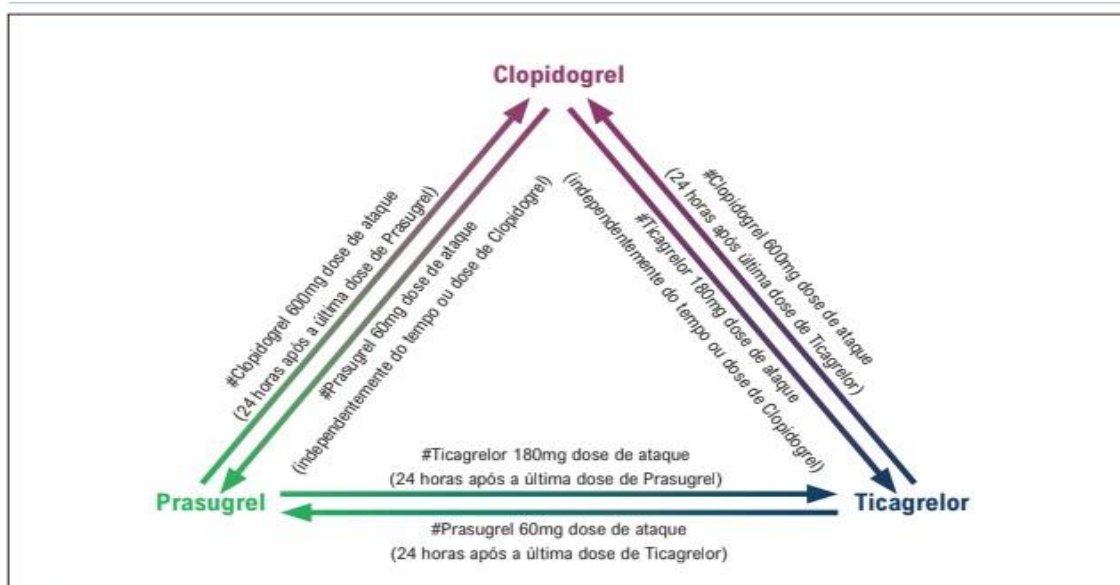


Figura 3.1 – Recomendações em relação à troca de inibidores P2Y₁₂ em pacientes nos primeiros 30 dias após síndrome coronariana aguda. Recomenda-se dose de ataque do novo agente de forma rotineira. *Se estiver havendo descalonamento da terapia com prasugrel ou ticagrelor para clopidogrel devido a sangramento ou a risco de sangramento aumentado, pode-se considerar fazer apenas a dose de manutenção do clopidogrel. Adaptada de Valgimigli et al.⁴⁵¹

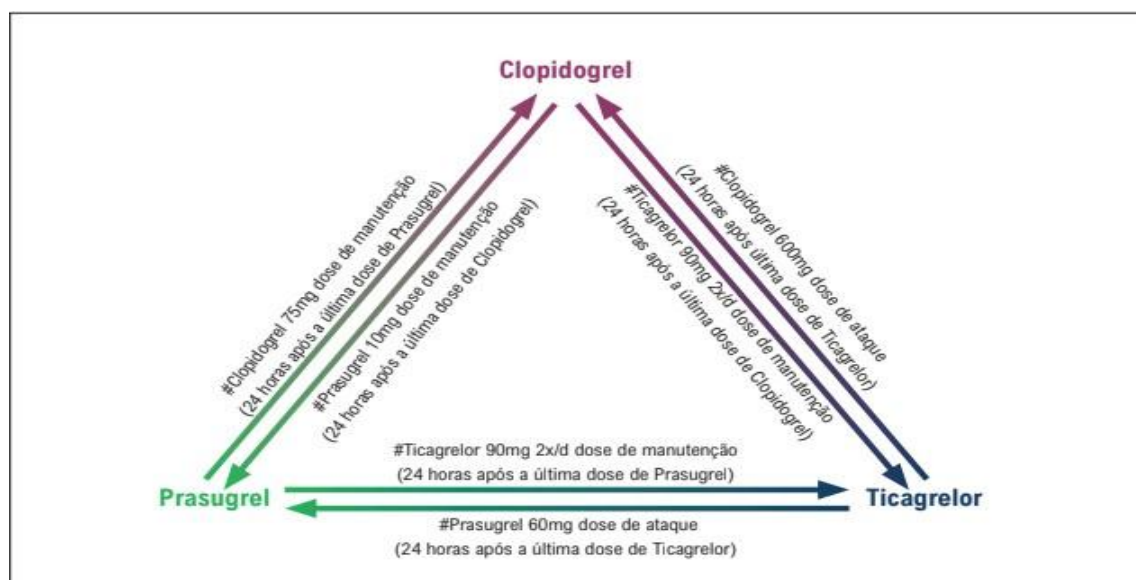


Figura 3.2 – Recomendações em relação à troca de inibidores P2Y₁₂ em pacientes após 30 dias de síndrome coronariana aguda. *Se estiver havendo descalonamento da terapia com ticagrelor para clopidogrel devido a sangramento ou a risco de sangramento aumentado, pode-se considerar fazer apenas a dose de manutenção do clopidogrel. Adaptado de Valgimigli et al.⁴⁵¹

Antiplaquetários

Opções de terapia antitrombótica/antiplaquetária estendida			
Fármaco	Trial	Dose	Indicação
Clopidogrel	DAPT	75mg por dia	Pósangioplastia que tolerou DAP por 1 ano
Prasugrel	DAPT	10mg por dia (5mg se peso < 60kg ou idade > 75 anos)	Pósangioplastia que tolerou DAP por 1 ano
Ticagrelor	PEGASUS-TIMI-54	10mg por dia (5mg se peso < 60kg ou idade > 75 anos)	Pós-infarto com risco isquêmico aumentado
Rivaroxabana	COMPASS	2,5mg 2 vezes/ dia	Pacientes coronariopatas ou com doença arterial periférica com alto risco trombótico

Fonte: Adaptado de Nicolau et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021

Atenção especial deve ser dada quando da prescrição de antiplaquetários a pacientes admitidos com SCA que, durante a internação hospitalar, são submetidos à

cirurgia de revascularização miocárdica. O tienopiridínico deve ser reintroduzido assim que considerado seguro após a revascularização cirúrgica.

A terapia padrão para SCA é o uso de DAP por pelo menos 12 meses, com objetivo de prevenção de eventos isquêmicos. Em pacientes com FA e escore CHA2 DS2 VASC ≥ 2 , é recomendado o uso de anticoagulação crônica, com objetivo de prevenção de eventos tromboembólicos.

- Inibidores do Sistema Renina-Angiotensina- Aldosterona

Em pacientes pós-SCA, recomenda-se o uso de inibidores de ECA para aqueles com disfunção sistólica de VE/insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica ou diabetes. Bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) podem ser usados em pacientes intolerantes aos inibidores de ECA. Em virtude do potencial de piora da isquemia, orienta-se cautela em reduzir a PA, devendo-se evitar uma PAD inferior a 60 mmHg, a fim de evitar redução da pressão de perfusão coronária.

Betabloqueadores

O uso de betabloqueadores a longo prazo é recomendado em pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção $\leq 40\%$. Já em pacientes com função sistólica de ventrículo esquerdo preservada, os dados são menos robustos.

Antidiabéticos

Mais de 30% dos pacientes admitidos com SCASSST apresentam diabetes. Há evidências de que o controle mais intensivo da hemoglobina glicada - HbA1C em pacientes diabéticos reduz o risco de complicações microvasculares.

Em pacientes com histórico de coronariopatia, recomenda-se considerar terapia com inibidores da SGLT2 ou agonistas do receptor GLP1, independentemente dos níveis de HbA1C. Indica-se que se opte por alguma das medicações que já mostraram ter benefício na redução de eventos cardiovasculares em estudos de fase 3.

Hipolipemiantes

O tratamento com estatinas deve ser iniciado precocemente, preferencialmente com agentes de alta potência (i. e., rosuvastatina 20 a 40mg ou atorvastatina 40 a 80mg). Nos pacientes que já usavam esta medicação, o tratamento não deve ser interrompido. Caso a estatina usada previamente seja de baixa ou moderada potência, a modificação para estatinas de alta potência deve ser considerada.

No seguimento ambulatorial, deve-se atentar às metas terapêuticas de LDL-c e não HDL-c, respectivamente, $< 50\text{mg/dL}$ e $< 80\text{mg/dL}$. Caso as metas não sejam atingidas e o paciente ainda não esteja em uso de estatinas de alta potência, preconiza-se prescrição de uma medicação deste grupo. Se, mesmo assim, os alvos de LDL não forem atingidos, orienta-se a associação com ezetimiba 10mg/ dia. Se após essas medidas o LDL continuar acima da meta, deve-se considerar o uso dos inibidores da PCSK9.

Outros Medicamentos

Pacientes pós-SCA apresentam risco aumentado de sangramento devido ao uso de terapia antitrombótica.

Recomenda-se, o uso de inibidores de bomba de prótons em pacientes que usam DAP, que tenham risco aumentado de sangramento (história de sangramento gastrointestinal, história de doença ulcerosa péptica, uso de anticoagulantes, uso crônico de AINE, uso crônico de corticosteróides ou que apresentem dois ou mais dos seguintes fatores: idade ≥ 65 anos, dispepsia, doença do refluxo gastroesofágico, infecção por *Helicobacter pylori*, uso crônico de álcool).

Os pacientes devem ser orientados após a alta para que, caso apresentem dor anginosa em repouso, utilizem nitrato sublingual (dinitrato, mononitrato ou nitroglicerina), desde que não existam contraindicações. Importante orientar que, caso a dor não melhore em 3 a 5 min, o paciente ou seu acompanhante deve acionar o serviço de emergência.

4.4 Rastreamento Clínico Pós-alta

Os pacientes de baixo risco e os revascularizados após SCASSST têm, por recomendação de uma reavaliação precoce, entre 2 e 6 semanas inicialmente. Naqueles pacientes com maior gravidade, orienta-se a avaliação dentro de 14 dias. Obviamente que esses prazos devem considerar as particularidades de cada situação, uma vez que as intercorrências dos procedimentos, condições de acesso ao serviço de saúde e características individuais de cada paciente são muito variáveis.

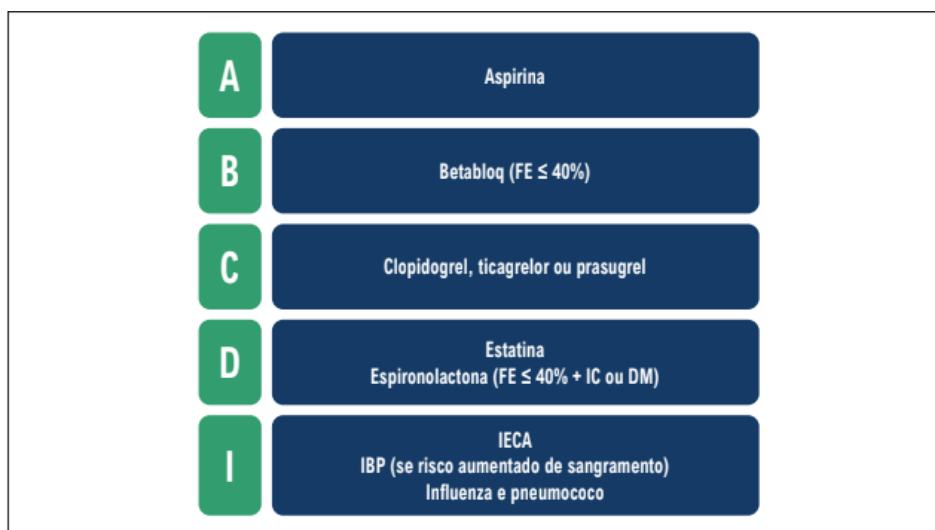


Figura 3.4 – Resumo da prescrição de alta pós-síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST

O risco de complicações existe mesmo em pacientes assintomáticos, portanto, a avaliação deste risco se aplica a pacientes sintomáticos e assintomáticos.

Após revascularização e/ou após SCA estabilizada nos primeiros 12 meses, os pacientes devem ser monitorados com mais vigilância, porque correm maior risco por complicações e porque estão sujeitos a alterações no tratamento farmacológico. Portanto, são recomendadas pelo menos duas visitas no primeiro ano de acompanhamento, sendo a primeira, idealmente, dentro de 3 meses.

Em um paciente com disfunção sistólica do VE antes do procedimento de revascularização ou após a SCA, uma reavaliação da função do VE deve ser considerada de 8 a 12 semanas após a intervenção.

Em pacientes que estejam assintomáticos há mais de 1 ano, uma reavaliação pelo menos anual é recomendada. Deve-se avaliar o estado clínico geral do paciente e adesão ao tratamento medicamentoso, bem como o perfil de risco estabelecidos pelos escores. Exames laboratoriais que incluem perfil lipídico, função renal, um hemograma completo e também biomarcadores devem ser realizados pelo menos a cada 2 anos.

O perfil lipídico e o *status* glicêmico devem ser avaliados periodicamente e, apesar de não haver evidências que suportem a periodicidade dessa avaliação, de forma geral, recomenda-se uma avaliação anual.

Um ECG deve ser solicitado em cada visita para determinar o ritmo e a frequência cardíaca. O ecocardiograma pode ser benéfico para avaliar a função do VE (diastólica e sistólica), *status* valvar e dimensões cardíacas em pacientes aparentemente assintomáticos

a cada 3 a 5 anos. Da mesma forma, pode ser benéfico avaliar não invasivamente a presença de isquemia silenciosa em um paciente aparentemente assintomático a cada 3 a 5 anos, preferencialmente com exames de estresse com imagens.

A angioTC de coronárias não deve ser utilizada para avaliação em virtude da falta de informações funcionais. Em casos específicos, ela pode ajudar na avaliação da potência de coronárias e enxertos. Para pacientes com histórico de SCASSST e/ou já revascularizados, com sintomas inequívocos de angina, conforme evidências, a estratificação invasiva é a melhor opção. Para pacientes que tenham sintomas duvidosos, a utilização de exames de estresse com imagem é recomendada.

Rastreamento clínico pós-alta – Sumário de recomendações e evidências	
Pacientes assintomáticos	
Uma visita periódica a um cardiologista (preferencialmente em até 3 meses), para reavaliar qualquer alteração potencial no risco da situação dos pacientes, com avaliação clínica das medidas de modificação do estilo de vida, adesão aos alvos fatores de risco e o desenvolvimento de comorbidades que podem afetar tratamentos e resultados.	I C
Em pacientes com sintomas leves ou inexistentes recebendo tratamento médico, nos quais a estratificação de risco não invasiva indica um alto risco, e para quem a revascularização é considerada para melhorar o prognóstico, a angiografia coronária invasiva (FFR, quando necessário e disponível) é recomendada.	I C
Pacientes de alto risco, submetidos à revascularização há cerca de 6 meses, podem realizar estratificação de risco por exame de imagem sob estresse.	IIb C
Em pacientes submetidos à revascularização de alto risco (p. ex., tronco de coronária esquerdo desprotegido), pode-se considerar nova angiografia, independentemente dos sintomas.	IIb C
Exame de imagem com estresse de rotina em pacientes revascularizados de forma percutânea há mais de 1 ano e cirurgicamente há mais de 5 anos.	IIb C
Uso de angioTC de coronária como rotina para estratificação isoladamente.	III C
Uso de angiografia coronariana apenas para estratificação de risco em paciente assintomático.	III C
Pacientes assintomáticos	
Avaliação do status da doença coronária em pacientes com deterioração da função sistólica do VE sem causa identificável.	I C
Realização de exame de imagem com estresse (preferencialmente) em pacientes com sintomas novos e/ ou piora dos sintomas prévios	I C
Realização de angiografia (com FFR ou iFR, se necessário) em pacientes com sintomas inequívocos de coronariopatia, principalmente se refratários ao tratamento medicamentoso, ou que se enquadrarem no perfil de alto risco.	I C
Angiografia em pacientes com achados de alto risco em exames de imagem com estresse.	I C
Em paciente revascularizado previamente, deve fazer exame de imagem sob estresse em detrimento de teste ergométrico isolado 12.	IIa C

Fonte: Adaptado de Nicolau et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021

5. Scores de risco

Score TIMI

A partir de dados de história clínica, exame físico, eletrocardiograma e biomarcadores é possível definir a probabilidade de morte em 30 dias (no IAM com supradesnívelamento do segmento ST-T) e de morte, infarto e revascularização de urgência em pacientes com eletrocardiograma sem supradesnívelamento do segmento ST-T na admissão. Desta forma, o cardiologista dispõe de uma ferramenta para predição de eventos cardiovasculares e pode estabelecer a conduta terapêutica mais adequada.

Tabela de estratificação de risco no IAM com Supra Desnívelamento do segmento ST (Escore TIMI)

	Pontos
Idade	
75 anos	3
65 a 74 anos	2
História da DM, HAS ou angina	1
Exame físico	
PAS 100 mmHg	3
FC maior 100bpm	2
Classe Killip II – IV	2
Peso menor 67 kg	1
Supradesnívelamento do segmento ST anterior ou BRE	1
Tempo de reperfusão maior 4 h	1
Total	14

Escore	Mortalidade Hospitalar	Risco
Inferior a 2	Menor 2%	Baixo Risco
2 a 8	10%	Risco Intermediário
Maior a 8	Maior 20%	Alto Risco

Tabela de estratificação de risco na SCA sem supra ST (Escore TIMI)

	Pontos
Idade	
Maior 65 a 74 anos	1
3 ou mais fatores de risco	1
Lesão coronariana maior ou igual a 50%	1
2 crises de angina em menos 24h	1
Desvio do segmento ST maior ou igual a 0,5mm	1
Aumento de marcador de necrose	1
Total	7

Escore	Mortalidade Hospitalar	Risco
0 a 2	Menor 2%	Baixo Risco
3 a 4	10%	Risco Intermediário
Maior ou igual a 5	Maior 20%	Alto Risco

Fonte: HCOR - Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica, 2021.

Score GRACE

Consiste em oito variáveis: cinco delas computadas de forma semiquantitativa, ou seja, peso, idade, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, creatinina plasmática e classe de Killip; três delas computadas de forma dicotômica (infradesnível do segmento ST, elevação de marcador de necrose miocárdica, parada cardíaca na admissão). O escore final pode variar de 0 a 372.

	Pontos
Idade	
Menor 40	0
40-49	18
50-59	36
60-69	55
70-79	73
Maior igual 80	91
Frequência cardíaca	
Menor 70	0
70-89	7
90-109	13
110-149	23
150-199	36
Maior igual 200	46
PA sistólica (mmHg)	
Menor 80	63
80-99	58
100-119	47
120-139	37
140-159	26
160-199	11
Maior igual 200	0
Creatinina (mg/dl)	
0-0,39	2
0,4-0,79	5
0,8-1,19	8
1,2-1,59	11
1,6-1,99	14
2-3,99	23
Maior 4	31

	Pontos
Classe Killip	
Classe I	0
Classe II	21
Classe III	43
Classe IV	64
PCR na admissão	43
Desvio de ST	30
Total	1-372

Categoria de Risco	Escore de GRACE	Mortalidade Intrahospitalar (%)
Baixo	Menor ou igual 108	Menor 1%
Intermediário	109-140	1-3%
Alto	Maior 140	Maior 3%

Fonte: HCOR - Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica, 2021.

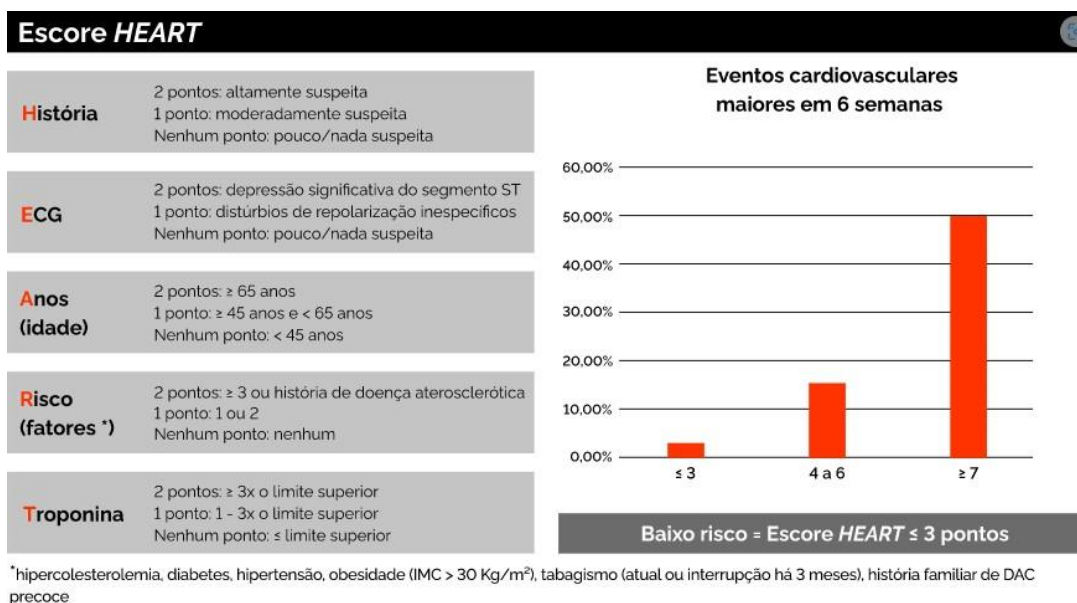
SCORE HEART

Estima a probabilidade de eventos cardiovasculares maiores em 6 semanas em pacientes com suspeita de SCA, auxiliando na tomada de decisão para internação hospitalar ou liberação do paciente.

- Pacientes de risco moderado a alto (> 3 pontos): Devem ser admitidos em

unidades de terapia intensiva e monitorizados.

- Pacientes de muito baixo e baixo risco (≤ 3 pontos): Necessitam de uma estratificação de risco secundária, que inclui a medida, a realização de métodos para avaliação de isquemia, como cintilografia, ecocardiografia ou ergometria precoce. Para pacientes com baixa probabilidade de doença coronariana, a realização de exame de imagem coronariana não-invasivo (angiotomografia de coronárias) é uma alternativa razoável aos exames de isquemia.



Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivel do Segmento ST-2021. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021.

Atenção: Pacientes com dor torácica aguda, suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, consultar o site linhasdecuidado.saude.gov.br para avaliação e conduta segundo orientações do Ministério da Saúde

6.REFERÊNCIAS

1. J R Soc Med. 2012 May;105(5):192-4.doi: 10.1258/jrsm.2011.110141]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22637769/>. Acesso em: 20 maio. 2021
2. Herz. 2010 Dec; 35(8):558-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21107514/>>. Acesso em: 20 maio. 2021.
3. Eur Heart J. 2018 Jan 7;39(2):119-177. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28886621/>>. Acesso em: 20 maio 2021
4. Nicolau et al. Arq Bras Cardiol. 2021; 117(1):181-264
5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021
6. HIAE. Protocolo Gerenciado de Infarto Agudo do Miocárdio com Elevação do Segmento ST. 21/05/2021. Elaborador Alessandra da Graca Correa. PT.ASS.MULT.152.4
7. HCOR. Programa de Cuidados Clínicos. Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica
8. J R Soc Med. 2012 May; 105(5):192-4.doi: 10.1258/jrsm.2011.110141]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22637769/>. Acesso em: 20 maio. 2021
9. Herz. 2010 Dec; 35(8):558-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21107514/>>. Acesso em: 20 maio. 2021.
10. Eur Heart J. 2018 Jan 7;39(2):119-177. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28886621/>>. Acesso em: 20 maio 2021
11. Brasil.Ministério da Saúde. Informação em saúde: Estatísticas vitais. [Citado em 2020 fev 26]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>>.
12. Nicolau et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021.Arq Bras Cardiol. 2021; 117(1):181-264.
13. HEARTS Pacote de medidas técnicas para manejo da doença cardiovascular na atenção primária à saúde. Guia de implementação OPAS/NMH/19-006
14. Cardiologia: cardiopapers / editores Eduardo Cavalcanti Lapa Santos... [et al.]. - 2. ed. - Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. (foi citado na contribuição de Walber do SAMU).

RENATA VALÉRIA NÓBREGA

Presidente da CIB/PB

SORAYA GALDINO DE ARAUJO LUCENA

Presidente do COSEMS/PB