



**BELO
HORIZONTE**
P R E F E I T U R A

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Gerência da Rede Ambulatorial Especializada – GERAÉ
Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde – DMAC

Protocolo de Encaminhamento para a Especialidade
Cardiologia Adulto da Secretaria Municipal de Saúde
de Belo Horizonte

JUNHO/2026

Participantes

- Aline Souza de Oliveira
- Ana Paula Moutinho Amorim
- Isaías Fonseca de Almeida
- Maria Betânia Solis Resende
- Regiane Aparecida Nascimento Baptista
- Pedro Augusto Teixeira Jorge
- Thiago Pinheiro Junqueira
- Wanessa Torres Bernardes

Colaboradores

- Isabel Maria Gomes Soares
- Isabella Victoria da Cunha Peixoto Ribeiro
- Raiza Aranha Nascimento
- Yasmim Nogueira Medina

Revisão:

- Mateus Figueiredo Martins Costa
- Alessandra Antunes Tavares

Índice

1. Introdução.....	3
2. Estratificação das prioridades.....	4
3. Qualificação da solicitação.....	4
4. Conteúdo descritivo mínimo dos encaminhamentos.....	5
5. Condições cardiológicas que indicam o encaminhamento imediato para o serviço de Urgência/Emergência.....	7
6. Condições cardiológicas que indicam o encaminhamento ambulatorial para a Cardiologia Adulto.....	9
6.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	10
6.2 Insuficiência Cardíaca.....	14
6.3 Arritmia.....	18
6.4 Síncope ou perda transitória de consciência.....	21
6.5 Valvopatias.....	24
6.6 Doença Arterial Coronariana.....	28
6.7 Doença carotídea.....	32
6.8 Aneurisma de aorta.....	34
7. Condições cardiológicas que indicam o acompanhamento preferencial na APS.....	36
7.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	36
7.2 Insuficiência Cardíaca.....	37
7.3 Arritmia.....	37
7.4 Síncope ou perda transitória da consciência.....	37
7.5 Valvopatias.....	38
7.6 Doença Arterial Coronariana.....	38
7.7 Doença Carotídea.....	39
7.8 Aneurisma de Aorta.....	39
8. Contrarreferência com Projeto Terapêutico Singular.....	40
9. ANEXO I - Tratamento da Hipertensão arterial sistêmica.....	41
10. Referências Bibliográficas.....	44

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é o ponto da rede que desempenha um papel estratégico na coordenação e gestão do cuidado, além de dar a assistência ao usuário de forma integral, assegurando a equidade e a longitudinalidade. A resolutividade, desse nível de atenção, depende diretamente da capacidade técnica de suas equipes/profissionais, e sua integração com outros níveis de atenção da rede de saúde.

A Atenção Especializada (AE) do município de Belo Horizonte, por sua vez, tem seu acesso organizado pela Gerência de Regulação Ambulatorial (GERAM), sendo a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. O objetivo da regulação é otimizar a oferta de serviços, em função da necessidade, garantindo a assistência do usuário no ponto da rede adequado e em tempo oportuno.

Considerando o que foi exposto, a construção e a atualização periódica de protocolos clínicos são essenciais e visam fortalecer esse processo, a partir das ferramentas da regulação do acesso e qualificando a demanda por serviços especializados. Esses protocolos são ferramentas importantes para garantir uma triagem clínica eficiente, evitando encaminhamentos desnecessários e priorizando o atendimento dos casos que necessitam de uma assistência mais célere. Dessa forma, a regulação do acesso aos serviços de saúde atinge o seu objetivo, ao viabilizar consultas e procedimentos em tempo oportuno, promovendo equidade no atendimento.

Além disso, na especialidade Cardiologia, estará disponível a possibilidade do matriciamento de casos, que permite ao médico assistente da APS o apoio assistencial de caráter educacional visando ampliação de sua capacidade resolutiva.

2. Estratificação das prioridades

No processo de qualificação do acesso, a partir das ferramentas regulatórias, a classificação de prioridade dos encaminhamentos é fundamental para garantir que os pacientes recebam atendimento em tempo oportuno conforme a necessidade de priorização de atendimento, garantido assim, a equidade. Durante o processo de regulação da solicitação podem ser realizados pedidos de esclarecimentos para melhor compreensão do quadro.

O município de Belo Horizonte definiu quatro níveis de prioridade, representados por cores, cada uma correspondendo a um grau de priorização do atendimento, conforme veremos à seguir:

Prioridades

-  **VERMELHO - MUITO ALTA/REGULAÇÃO**
-  **LARANJA - ALTA**
-  **AMARELO - MÉDIA**
-  **VERDE - HABITUAL**

Observação: todas as solicitações para adultos com diagnóstico de Doença Falciforme deverão ser inseridas na prioridade muito alta/regulação no SIGRAH, justificando Doença Falciforme.

3. Qualificação da solicitação

A qualificação da solicitação é um processo essencial para compreensão do quadro pelo regulador. Toda informação **relevante da história clínica** deverá ser registrada na solicitação para facilitar a comunicação e demonstrar a relevância da priorização clínica do paciente de acordo com o grau solicitado pelo médico assistente.

Sendo assim, devem ser registradas informações adicionais, além do descritivo mínimo de cada condição (vide item: “**Descritivo mínimo necessário para todos os encaminhamentos**”), como tempo de início, agudizações (piora do quadro), internações relacionadas a condição, perda/ganho de peso inexplicável. E também, comorbidades associadas, além de medicamentos em uso, tratamentos e exames prévios realizados, dentre outras informações que o médico assistente considerar pertinente.

4. Conteúdo descritivo mínimo dos encaminhamentos

- **História clínica:** descrição dos sinais e sintomas que justificam o encaminhamento, com data de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, fatores de melhora e de piora. **Histórico recente de atendimentos em serviços de urgência e emergência e/ou internações por causas cardiovasculares** (descrever motivo e data). **Antecedentes de eventos cardiovasculares** (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, tromboembolismo pulmonar, dentre outros). **Histórico familiar** de doença arterial precoce (homens < 55 anos; mulheres < 65 anos) ou morte súbita.

Atenção para sintomas relacionados à condições cardiológicas: dor torácica, palpitações, síncope ou pré-síncope, dispneia, cansaço, tosse, expectoração, dentre outros.

- **Comorbidades, fatores de risco cardiovascular e uso de medicamentos:** hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, doenças autoimunes (ex.: lúpus eritematoso sistêmico), doenças pulmonares crônicas, tabagismo, etilismo, entre outros. Descrever a posologia e regularidade dos medicamentos em uso.
- **Exame físico**
 - Dados vitais: pressão arterial (PA), saturação de oxigênio, frequência cardíaca e respiratória.
 - Avaliar hipotensão ortostática.

- Exame do sistema cardiovascular: ritmo cardíaco, presença de sopros e/ou frêmitos, alterações de bulhas.
 - Exame do sistema respiratório: murmúrio vesicular, presença de estertores ou outros ruídos adventícios.
 - Outras alterações relevantes, incluindo sinais de congestão, como turgência jugular, hepatomegalia, ascite e edema de membros inferiores.
-
- **Exames complementares:** descrever os resultados de exames já realizados – exames laboratoriais (glicemia de jejum, sódio, potássio, creatinina, colesterol total e frações, triglicerídeos, urina tipo I, TSH), radiografia de tórax, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma, dentre outros que serão citados nas condições descritas neste protocolo.
 - **Motivo do encaminhamento:** devem ser explicitadas a hipótese diagnóstica levantada e as expectativas em relação à avaliação cardiológica.

Observação: Orientar o usuário a levar todos os exames realizados no dia da consulta com o cardiologista.

Atenção: O fluxo contendo os critérios para solicitação de Ecocardiograma Adulto está disponível em: <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/conteudo.php?id=130>.

5. Condições cardiológicas que indicam o encaminhamento imediato para o serviço de Urgência/Emergência

CONDIÇÕES QUE INDICAM O ENCAMINHAMENTO PARA A URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Sinais de hipoperfusão tecidual – extremidades frias; tempo de enchimento capilar prolongado > 3 segundos; hipotensão como a PAS < 90 mmHg; rebaixamento do nível de consciência.
- Congestão sistêmica associada a sinais de gravidade (desconforto respiratório, presença de estertores crepitantes, B3 ou edema agudo de pulmão, dessaturação em ar ambiente, hepatomegalia dolorosa, oligúria ou sinais de hipoperfusão renal, insuficiência cardíaca - NYHA IV, dentre outros).
- Dor torácica tipicamente anginosa (precordial ou retroesternal, em aperto ou queimação, com irradiação para dorso, membros superiores, cervical ou epigástrio) **aguda ou de início recente**. Alguns pacientes, principalmente idosos, mulheres, diabéticos e portadores de doença renal crônica, podem apresentar **equivalentes anginosos** (dor torácica atípica, dor epigástrica, dispepsia, dispneia, náuseas e vômitos, sudorese, hipotensão e síncope).

Atenção: O protocolo colaborativo “**Manejo do paciente com dor torácica com ênfase na Síndrome Coronariana Aguda**” está disponível em:

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/protocolo_colaborativo_sindrome_coronariana_aguda-27-07-2021.pdf

- Dor torácica intensa, de início súbito, acompanhada de desconforto respiratório importante e/ou sinais de instabilidade hemodinâmica (tromboembolismo pulmonar, dissecção de aorta, dentre outros).

- Suspeita de ruptura de aneurisma de aorta (dor torácica, abdominal ou lombar de forte intensidade, associada a hipotensão, palidez cutânea mucosa, sudorese e cianose em extremidades). **Deve-se aumentar a suspeição diagnóstica em pacientes com diagnóstico prévio de aneurisma de aorta, mesmo na presença de sintomas menos intensos.**
- **Emergência hipertensiva** – elevação acentuada da pressão arterial, geralmente PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg (ou valores menores a depender da situação) com presença de sinais e/ou sintomas de **lesão aguda e contínua de órgãos-alvo** (dor torácica, dispnéia, cefaleia, náuseas e vômitos, dentre outros).
- Taqui ou bradiarritmias sintomáticas (hipotensão, síncope, tontura, dentre outros).
- Bloqueio atrioventricular (BAV) avançado (BAV 2º grau Mobitz II, BAV 2:1 ou BAV total), **independente da presença de sintomas.**
- Suspeita de endocardite infecciosa (febre persistente, sopro cardíaco recente, emagrecimento, prostração, dispneia, dentre outras manifestações). **Atenção** para pacientes de alto risco (portadores de dispositivos cardíacos implantáveis, prótese valvar).

Apenas algumas condições de saúde mais prevalentes que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência estão contempladas no descritivo acima. Assim, ressalta-se que podem existir outras condições que não foram contempladas e que compete ao médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado.

6. Condições cardiológicas que indicam o encaminhamento ambulatorial para a Cardiologia Adulto

Nas situações descritas a seguir, embora exista indicação de avaliação cardiológica especializada, **o paciente não apresenta sinais ou sintomas de gravidade imediata que justifiquem encaminhamento para atendimento de urgência ou emergência.**

Casos em que o médico assistente apresente dúvidas ou identifique necessidade de discussão poderão ser matriciados com a Cardiologia para apoio na condução diagnóstica e terapêutica, inclusive quanto à solicitação de exames complementares sugeridos que não estejam disponíveis no âmbito da APS.

As condições classificadas como **prioridade baixa** correspondem, em sua maioria, a situações passíveis de manejo inicial e acompanhamento prioritário na APS, em que se **sugere a realização do matriciamento entre a APS e a AE.**

6.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, que lideram as causas de mortalidade no Brasil e no mundo (Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2025). Trata-se de uma condição de origem multifatorial e, geralmente, assintomática, o que justifica a realização de rastreamento a nível populacional.

A HAS é definida por PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou da PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, aferida com a técnica adequada, em pelo menos duas ocasiões. Situações especiais, como quando PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg (HAS Estágio 3) ou na presença de lesões de órgão-alvo (LOA), permitem o diagnóstico de HAS em uma única medida.

É importante lembrar que alguns pacientes podem apresentar Hipertensão do Avelar Branco (HAB) ou Hipertensão Mascara (HM). Enquanto a primeira cursa com elevações pressóricas apenas no consultório, a segunda mostra-se normal nesse contexto e elevada em outras ocasiões.

A classificação da PA, conforme as atualizações da Diretriz Brasileira de Hipertensão de 2025, está apresentada no quadro a seguir.

Classificação da PA de acordo com a medida no consultório a partir dos 18 anos

Classificação da PA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120-139	e/ou	80-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	110

Fonte: BRANDÃO, A. A.; RODRIGUES, C. I. S.; FORJAZ, C. L. M. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2025, p. 36.

É fundamental **estratificar o risco cardiovascular** (RCV) das pessoas com HAS. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025 sugere a utilização do escore PREVENT, disponível no site da American Heart Association (AHA): <https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator>. Em situações em que não for possível o acesso à calculadora recomendada, a diretriz citada permite a classificação do risco conforme os níveis pressóricos e outras variáveis, vide o quadro abaixo.

Classificação dos estágios de HAS de acordo com o nível de PA, presença de fatores de RCV, presença de LOA ou DCV estabelecida

Fatores de risco CV, presença de LOA ou DCV	PA (mmHg)			
	PAS 130-139 PAD 80-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Sem fatores de risco CV	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
1 ou 2 fatores de risco CV	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
≥ 3 fatores de risco CV	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
LOA, DRC Estágio 3 ou DM	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
DCV estabelecida ou DRC Estágio ≥ 4	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

CV: cardiovascular; DCV: doença cardiovascular; DM: diabetes mellitus; DRC: doença renal crônica; LOA: lesão em órgão-alvo; PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica. Observação: são considerados fatores de risco CV para essa análise: sexo masculino; idade: > 55 anos no homem e > 65 anos na mulher; DCV prematura em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos); tabagismo; dislipidemia: colesterol de lipoproteína de baixa densidade (low-density lipoprotein cholesterol – LDLc) ≥ 100 mg/dL e/ou não colesterol de lipoproteína de alta densidade (high-density lipoprotein cholesterol – HDLc) 130 mg/dL e/ou HDLc ≤ 40 mg/dL no homem e ≤ 50 mg/dL na mulher e/ou triglicérides (TG) > 150 mg/dL; obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).

Fonte: BRANDÃO, A. A.; RODRIGUES, C. I. S.; FORJAZ, C. L. M. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2025, p. 47.

Antes de encaminhar o paciente para a cardiologia, checar alimentação, adesão medicamentosa, ajuste de doses até a dose máxima tolerada, controlar fatores de risco, incentivar perda de peso. Embora não seja o objetivo deste protocolo, considerando as alterações ocorridas na nova diretriz, que impacta na estratificação e consequentemente no tratamento, foi elaborado um anexo com as orientações atuais (ANEXO I).

A **Hipertensão Arterial Resistente (HAR)** é caracterizada pelo não alcance da meta pressórica, mesmo com o uso de três ou mais classes de anti-hipertensivos com mecanismos sinérgicos — idealmente um diurético tiazídico (ou similar), bloqueador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e um bloqueador de canais de cálcio (BCC) de longa duração — nas doses máximas recomendadas ou toleradas, por pelo menos 30 a 60 dias. É essencial excluir causas de pseudorresistência. Também se enquadram nessa definição indivíduos que obtiveram o controle pressórico com quatro ou mais anti-hipertensivos.

A **Hipertensão Arterial Refratária (HARf)**, um subgrupo da **Hipertensão Arterial Resistente**, é caracterizada pela persistência de níveis pressóricos elevados mesmo com o uso de cinco ou mais anti-hipertensivos, incluindo, preferencialmente, um antagonista dos receptores mineralocorticoides e um diurético tiazídico similar de ação prolongada.

PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)

- HAR com LOA crônica (ex: hipertrofia ventricular, doença renal crônica);
- HARf, independente da presença de LOA crônica;

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- HAS de risco cardiovascular **muito alto**;
- HAR sem LOA crônica;
- Suspeita de HAS secundária (hipertensão arterial que surge abruptamente antes dos 30 ou após os 55 anos, HAR ou HARf, presença de sopro abdominal, entre outros).

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR AMARELA NO SIGRAH)

- HAS de risco cardiovascular **alto**.

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR VERDE NO SIGRAH)

- Pacientes com suspeita de Hipertensão do Avental Branco ou Mascarada, que tenham necessidade de realizar exames que não estão disponíveis na APS para diagnóstico.

Observação: podem ser discutidos na teleconsultoria.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, sódio, potássio, creatinina, colesterol total e frações, triglicerídeos, TSH, urina tipo I e relação albumina/creatinina em amostra única de urina;
- ECG;

Outros exames (se disponível e desde que não atrase o encaminhamento):

- Radiografia de tórax - PA e perfil;
- Ecocardiograma transtorácico (ECOTT).

6.2 Insuficiência Cardíaca

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome complexa, com alteração da função cardíaca, o que resulta em sintomas e sinais de baixo débito cardíaco e/ou congestão pulmonar ou sistêmica, em repouso ou aos esforços. Uma história clínica e um exame físico detalhados devem ser feitos em todos os pacientes em busca dos principais sinais e sintomas de IC, principalmente naqueles com histórico de maior risco para desenvolver a doença (HAS de longa data; isquemia do miocárdio, epidemiologia para doença de Chagas, etc). Em pacientes crônicos, a detecção de sinais clínicos de congestão pode estar esmaecida ou ausente, por processos adaptativos e pela grande adaptação do sistema linfático em lidar com congestão. Sinais como a terceira bulha e o sintoma de ortopneia são os mais específicos para o diagnóstico de IC descompensada ou aguda.

Devem ser enfatizados, para pacientes e cuidadores, as causas da IC, seu tratamento, o potencial de progressão clínica e a importância do autocuidado diário (manutenção de peso dentro do IMC normal, atividade física, cuidados com dieta, uso regular dos medicamentos, vacinação em dia, monitorização dos sinais e sintomas de descompensação, como piora do cansaço, flutuações de peso e limitação funcional).

A IC pode ser classificada de acordo com a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FE) em:

- IC com Fração de Ejeção Reduzida (ICFEr): $FE \leq 40\%$
- IC com Fração de Ejeção Levemente Reduzida (ICFElr): FE entre 41 e 49%
- IC com Fração de Ejeção Preservada (ICFEp): $FE \geq 50\%$ (segundo Escore H2 FPEF entre 6- 9 ou Escore HFA PEF entre 5-6)
- IC com Fração de Ejeção Melhorada (ICFEm): FE basal $\leq 40\%$ e aumento de > 10 pontos com FE final $> 40\%$ com o tratamento

Em pacientes classificados como IC fração de ejeção reduzida (ICFEr) é recomendado o manejo inicial conforme tolerância do paciente com as seguintes classes medicamentosas: **IECA (enalapril) ou BRA (losartana) ou ARNI (sacubitril-valsartana - disponível na SES-MG), beta-bloqueadores (succinato de metoprolol, bisoprolol, carvedilol), antagonistas dos receptores mineralocorticoides (espironolactona), inibidores de SGLT2 (dapagliflozina - fornecido pela farmácia popular ou pela SES-MG).** Essas classes medicamentosas citadas são as que possuem evidência de melhora da sobrevida e da qualidade de vida do paciente portador de ICFEr, sendo recomendada a otimização das doses desses sempre que tolerável para o paciente para o melhor desfecho da doença.

Em casos de pacientes com sintomas de congestão é recomendado o início e/ou ajuste de dose de um diurético de alça (furosemida), principalmente para que este aguarde o atendimento do especialista. Em casos de sintomas de má perfusão tecidual, pode haver ajuste das medicações que interfiram na pressão arterial (hipotensores no geral como iECA/BRA, espironolactona, diuréticos), até a avaliação com o especialista.

O diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEp) pode ser feito pelos Escores H2FPEF ou HFA PEF, sendo que o primeiro é o mais indicado como triagem na APS.

O Escore H2FPEF é uma ferramenta clínica e ecocardiográfica desenvolvida para ajudar no diagnóstico de ICFEp. O nome do escore é um acrônimo das seis variáveis utilizadas no cálculo, cada uma recebendo uma pontuação:

Variável	Sigla em inglês	Pontuação
Obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$)	Heavy	2 pontos
Hipertensão (uso de ≥ 2 anti-hipertensivos)	Hypertension	1 ponto
Fibrilação Atrial (FA)	Fibrillation	3 pontos
Hipertensão Pulmonar (Pressão Sistólica da Artéria Pulmonar - PSAP $\geq 35 \text{ mmHg}$)	Pulmonary hypertension	1 ponto

Idoso (idade ≥ 60 anos)	Elderly	1 ponto
Pressões de Enchimento aumentadas (E/e' ≥ 9 no ecocardiograma)	Filling pressures	1 ponto
Pontuação total – 0 a 9		

O escore final indica a probabilidade do paciente com sintomas de insuficiência cardíaca ter, de fato, ICFEp:

- 0 a 1 ponto: Baixa probabilidade de ICFEp (improvável).
- 2 a 5 pontos: Probabilidade Intermediária
- 6 a 9 pontos: Alta probabilidade de ICFEp

Até o momento, para os paciente portadores de ICFEp (Escore H2 FPEF entre 6- 9 ou Escore HFA PEFF entre 5-6), ainda não há intervenção específica que reduza eventos cardiovasculares, sendo o principal objetivo reduzir risco cardiovascular e o controle das comorbidades. Contudo, atualmente os inibidores de SGLT2, como a dapagliflozina, demonstram benefício na redução do número de hospitalizações.

No tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Levemente Reduzida (ICFElr) o uso de betabloqueador, assim como IECA ou BRA mantêm benefícios para reduzir morbidade e mortalidade.

No tratamento da Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção melhorada (ICFEm) é necessário manutenção da terapêutica modificadora de prognóstico utilizada no tratamento da ICFEr por cardiomiopatia dilatada melhorada.

PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)

- Paciente previamente portador de insuficiência cardíaca ou **suspeita diagnóstica** apresentando dispnéia aos mínimos esforços (NYHA III);
- Diagnóstico recente ou suspeita diagnóstica de insuficiência cardíaca, especialmente em jovens, gestantes e puérperas;

- IC com tratamento otimizado (com as medicações indicadas e nas doses máximas toleradas pelo paciente) mantendo-se sintomático (NYHA III) ou com internação hospitalar por IC descompensada no últimos 06 meses;
- Paciente com diagnóstico de IC com modificação recente no quadro clínico – piora de classe funcional ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia);

Observação: Pacientes NYHA IV (dispneia em repouso) devem ser encaminhados ao serviço de urgência e emergência.

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- Paciente previamente portador de insuficiência cardíaca ou em suspeita diagnóstica apresentando dispnéia aos médios esforços (NYHA II) ou episódio de internação hospitalar no último ano devido à IC descompensada;
- IC com tratamento otimizado (com as medicações indicadas e nas doses máximas toleradas pelo paciente) mantendo-se sintomático (NYHA II);

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR AMARELA NO SIGRAH)

- Pacientes portadores de insuficiência cardíaca ou em suspeita de diagnóstica classe funcional NYHA I.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, sódio, potássio, creatinina, colesterol total e frações, triglicerídeos, TSH, ácido úrico, urina tipo I e relação albumina/creatinina em amostra única de urina;
- ECG;
- Radiografia de tórax - PA e perfil.

Outros exames (se disponível e desde que não atrase o encaminhamento):

- Ecocardiograma transtorácico;

6.3 Arritmia

As arritmias correspondem a distúrbios da condução elétrica cardíaca, resultando em alterações do ritmo normal do coração. Algumas apresentam caráter potencialmente grave, com risco iminente à vida, exigindo avaliação imediata em serviços de urgência e emergência, enquanto outras arritmias permitem uma investigação ambulatorial.

A expressão clínica das arritmias varia conforme a etiologia, a frequência e a duração do distúrbio do ritmo, bem como a presença de cardiopatias estruturais e/ou outras comorbidades. Entre as manifestações mais comuns destacam-se palpitações, tontura, síncope ou pré-síncope, dor ou desconforto torácico, dispneia e fadiga.

PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)

- Bloqueio bi ou trifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo ou bloqueio completo de ramo direito associado a bloqueio divisional anterosuperior esquerdo ou associado bloqueio divisional posteroinferior esquerdo e/ou bloqueio atrioventricular de primeiro grau) com história de síncope ou pré-síncope;
- Bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas maiores que 3 segundos;
- ECG com padrão de Brugada;
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW): ECG com pré excitação ventricular (PR curto < 120 ms, presença de onda delta e QRS > 120ms) e relato de sintomas;
- Arritmia de diagnóstico recente ou descompensada (fibrilação atrial, bloqueios atrioventriculares e flutter atrial) associada a insuficiência cardíaca ou doença arterial coronariana;
- Relato de palpitações com história prévia de tontura, síncope, pré-síncope ou dor precordial, mesmo que ausência de arritmia identificável no ECG.

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- Bloqueio bifascicular **assintomático** (bloqueio completo de ramo esquerdo ou bloqueio completo de ramo direito associado a bloqueio divisional anterosuperior esquerdo ou associado bloqueio divisional posteroinferior esquerdo);

- Bradicardia* sinusal **assintomática** com frequência cardíaca menor que 45 bpm;
- Fibrilação atrial/flutter atrial sem avaliação cardiológica prévia sem definição de conduta (controle de ritmo, controle de frequência, incluindo anticoagulação);
- Taquicardia supraventricular recorrente;
- ECG com padrão de pré-excitação ventricular (intervalo PR curto, onda delta e QRS > 120 ms);
- ECG com intervalo QT longo (QTc mulheres > 480ms, homens > 470ms) ou curto (QTc < 330ms) sugestivo de canalopatia e assintomático;
- Investigação de palpitação recorrente sem diagnóstico etiológico após avaliação inicial na APS;
- Paciente em vigência de terapia antiarrítmica sem acompanhamento por cardiologista (amiodarona, propafenona, sotalol);
- Portadores de dispositivos cardíacos implantáveis (marcapasso, cardiodesfibrilador interno ou ressinkronizador cardíaco) sem seguimento especializado.

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR AMARELA NO SIGRAH)

- Bloqueio Divisional Ântero-Superior (BDAS) sem avaliação cardiológica prévia.

PRIORIDADE BAIXA (INSERIR SOB A COR VERDE NO SIGRAH)

- BAV de primeiro grau sem cardiopatia estrutural estabelecida.
- Bradicardia* sinusal com FC > 45 bpm assintomática.

*Atualmente considera-se bradicardia a frequência cardíaca menor que 50bpm.

ATENÇÃO:

- Não é necessário o encaminhamento para o cardiologista em caso de: arritmia sinusal, sobrecarga atrial esquerda isolada em paciente assintomático, alterações inespecíficas de repolarização em paciente assintomático e extrassístoles em paciente assintomático;
- Em caso de má progressão de onda R em precordiais ou inatividade elétrica em V1 e V2 em pacientes assintomáticos, gentileza repetir o exame com a verificação do posicionamento correto das derivações precordiais, comumente colocadas erroneamente em posições mais altas do tórax;

- Em caso de sinais de sobrecarga atrial esquerda em ECG em pacientes assintomáticos, poderá ser solicitado ecocardiograma transtorácico sem urgência para confirmação;
- Não é necessário o encaminhamento à cardiologia em caso de BAV de primeiro grau com iPR < 250ms em pacientes assintomáticos.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, sódio, potássio, magnésio, creatinina, ureia, TSH, T4 livre, coagulograma;
- ECG;

Outros exames (se disponível e desde que não atrase o encaminhamento):

- Ecocardiograma transtorácico.

6.4 Síncope ou perda transitória de consciência

A síncope é definida por uma perda transitória e autolimitada da consciência, decorrente de hipoperfusão cerebral, com recuperação espontânea e completa, sem déficits neurológicos residuais. Deve ser diferenciada de outras condições que simulam perda de consciência (sem corresponder a síncope verdadeira), como crises epiléticas, distúrbios metabólicos, eventos psicogênicos, entre outros.

As principais causas de síncope compreendem as síncopes vasovagal, por hipotensão ortostática e cardiogênica (por exemplo, secundária a arritmias). Na determinação etiológica, é fundamental realizar anamnese detalhada, exame físico direcionado e ECG. Elementos clínicos como circunstâncias do evento, posição corporal e presença ou ausência de pródromos, são determinantes.

As condições descritas a seguir, frequentemente observadas na APS, apresentam manejo preferencial nesse nível de atenção.

Síncope vasovagal: Forma mais prevalente de síncope em todas as faixas etárias, especialmente em jovens hígidos. Integra o espectro das síncopes reflexas, mediadas por resposta autonômica anormal com ativação parassimpática e/ou diminuição do tônus simpático, culminando em vasodilatação periférica e/ou bradicardia, temperatura aumentada no dia e hipohidratação. Frequentemente é precedida por pródromos relacionados ao aumento do tônus vagal, como náuseas, diaforese, palidez, tontura, sensação de calor e turvação visual. Está associada a gatilhos típicos, como estresse emocional, estímulos dolorosos ou que provocam medo, ortostatismo prolongado, exposição ao calor ou a situações de fobia específica. O prognóstico geralmente é benigno, embora recorrências sejam comuns.

Síncope por hipotensão ortostática: Decorre de falha dos mecanismos compensatórios autonômicos frente à mudança para a posição ortostática, resultando em queda da PA. É mais prevalente em idosos e em indivíduos com disfunções autonômicas, uso de medicações anti-hipertensivas, diuréticas ou vasodilatadoras ou em situação de hipovolemia.

Atenção – Para avaliar hipotensão ortostática na APS deve-se:

- Com o paciente em decúbito dorsal, durante 5 minutos, medir PA e FC e registrar os valores;
- Colocar o paciente em ortostatismo, medindo a PA e FC imediatamente ao levantar, após 1 minuto e após 3 minutos, e registrar valores.

Durante o teste, **observar sintomas** (tontura, escurecimento visual, instabilidade postural, pré-síncope ou síncope, sudorese e palidez). A presença de sintomas fortalece o diagnóstico clínico. A **hipotensão ortostática** é definida como: queda da PAS ≥ 20 mmHg ou queda da PAD ≥ 10 mmHg em até 3 minutos após ortostatismo. A frequência cardíaca ajuda no diagnóstico: aumento de FC (> 15 – 20 bpm) pode sugerir hipovolemia, desidratação.

PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)

- História de síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiogênica (dispneia, dor torácica, sopro cardíaco, síncope durante o exercício ou em posição supina) ou com suspeita de cardiopatia estrutural;
- História de síncope em paciente com cardiopatia estrutural estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvopatia, miocardiopatia dilatada, cardiomiopatia hipertrófica, cardiopatia congênita);
- História de síncope/pré síncope em paciente com ECG anormal (distúrbios de condução atrioventricular, bloqueios de ramo, pausas, fibrilação atrial, flutter atrial, sinais de pré-excitação ventricular, alterações do intervalo QT, padrão de Brugada ou alterações sugestivas de cardiopatia estrutural ou isquêmica);
- Síncope recorrente e sem pródromos.

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- Síncope ou pré-síncope de etiologia indeterminada após avaliação clínica inicial e ECG na APS;

- Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos.

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR AMARELA NO SIGRAH)

- Síncopes recorrentes com pródromos;
- Síncope por hipotensão ortostática recorrente.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, magnésio, creatinina, TSH, T4 livre;
- ECG;

Outros exames (se disponível e desde que não atrase o encaminhamento):

- Ecocardiograma transtorácico.

6.5 Valvopatias

As valvopatias são doenças que acometem uma ou mais válvulas cardíacas (aórtica, mitral, tricúspide ou pulmonar), comprometendo o bombeamento cardíaco adequado. Podem manifestar-se por **estenose**, quando há dificuldade na abertura valvar e limitação da passagem do sangue, ou por **insuficiência**, quando ocorre fechamento inadequado, permitindo refluxo sanguíneo.

Entre as principais etiologias destacam-se o envelhecimento, com degeneração e calcificação progressiva das válvulas; a febre reumática, sequela de infecção estreptocócica na infância ainda relevante no Brasil; além de outras causas, como endocardite infecciosa e malformações congênitas.

Clinicamente, os sintomas mais frequentes incluem dispneia, palpitações e síncope. A suspeita diagnóstica geralmente surge durante a ausculta cardíaca, pela presença de sopro, sendo confirmada pelo ecocardiograma, exame padrão-ouro para determinar o tipo e a gravidade da lesão valvar.

O tratamento depende da gravidade da valvopatia, podendo variar desde acompanhamento clínico e terapia medicamentosa até intervenção cirúrgica ou implante valvar por via percutânea.

PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)

- Sopro de início recente e suspeita de valvopatia em pacientes **sintomáticos** (história de dispneia, síncope, dor torácica);
- Valvopatias moderadas/graves ao ECOTT (alguns dos critérios de gravidade estão descritos no Quadro 1);
- Paciente portadores de próteses valvares sintomáticos.

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- Paciente portadores de próteses valvares assintomáticos;
- Sopro de início recente e suspeita de valvopatia em pacientes **assintomáticos**;
- Paciente com valvopatia e evento embólico prévio;

- Sopro cardíaco significativo (qualquer sopro diastólico ou contínuo; sopros sistólico $\geq$ grau III);
- Pacientes com sopro e alterações eletrocardiográficas (sobrecarga de câmaras direitas ou esquerdas, fibrilação atrial, entre outras) ou alterações na radiografia de tórax (sinais de congestão - cefalização de fluxo, linhas B de Kerley; aumento de átrio esquerdo - 4º arco e sinal da bailarina – elevação e retificação do brônquio-fonte esquerdo; entre outros);
- Valvopatias em pacientes que apresentam cardiopatias congênitas.

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR AMARELA NO SIGRAH)

- Estenose mitral leve com alteração de válvula (espessamento dos folhetos, alteração estrutural, dentre outros) ou sintomático.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, sódio, potássio, creatinina, coagulograma, TSH, T4 livre;
- ECG;
- Radiografia de tórax - PA e perfil;
- Ecocardiograma transtorácico, **se disponível e desde que não atrase o encaminhamento.**

Quadro 1 - Exemplos de valvopatias significativas

Estenose Mitral
• Dispneia CF II; • ECG: sobrecarga de câmaras direitas; fibrilação atrial; • Radiografia de tórax: sinais de congestão pulmonar;

- Eco: área valvar $\leq 1,5 \text{ cm}^2$ ou menor; Pressão sistólica em artéria pulmonar $\geq 50 \text{ mmHg}$.

Insuficiência Mitral

Dispneia CF II

Sopro de regurgitação ≥ 3

Ictus cordis desviado para a esquerda

ECG: fibrilação atrial, outras arritmias atriais ou ventriculares

Rx tórax: Aumento de área cardíaca, sinais de congestão pulmonar

Eco: vena contracta $\geq 0,7 \text{ cm}$; PSAP $\geq 50 \text{ mmHg}$.

Estenose valvar aórtica

Dispneia CF II, síncope ou pré-síncope, angina

ECG: Sobrecarga ventricular esquerda, alteração de repolarização com padrão strain

Rx de tórax: Área cardíaca pode ser normal. Sinais de congestão pulmonar

ECO: área valvar $\leq 1,0 \text{ cm}^2$; Gradiente médio VE/Ao $\geq 40 \text{ mmHg}$; fração de ejeção de VE $< 50\%$.

Valva aórtica bicúspide com dilatação de aorta

Insuficiência valvar aórtica

Dispneia CFII

Divergência entre pressão sistólica e diastólica

ECG sobrecarga de câmaras esquerdas

Rx tórax : Aumento de área cardíaca, dilatação de aorta

Eco : dilatação de câmaras esquerdas. Vena contracta $\geq 0,6 \text{ cm}$.

Insuficiência tricúspide

Ingurgitação jugular, hepatomegalia

ECG sobrecarga de câmaras direitas; fibrilação atrial ou flutter atrial

Rx tórax : aumento de área cardíaca. Sinais de congestão pulmonar, se lesão concomitante do lado esquerdo. Abaulamento do tronco pulmonar

Eco: vena contracta $\geq 0,7$ cm.

Estenose tricúspide

Sinais de congestão sistêmica

ECG sobrecarga de átrio direito

Rx tórax: área cardíaca pode ser normal

Eco: área valvar $\leq 1,0$ cm²

6.6 Doença Arterial Coronariana

A Doença Arterial Coronariana (DAC) caracteriza-se pela presença de aterosclerose nas artérias coronárias, com formação de placas ateromatosas que promovem estreitamento progressivo do lúmen vascular e comprometimento do fluxo sanguíneo miocárdico. As placas podem permanecer estáveis e assintomáticas ou evoluir com instabilidade, ruptura ou erosão, desencadeando eventos isquêmicos agudos.

A fisiopatologia da DAC baseia-se no desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio pelo miocárdio. Na forma crônica, a obstrução fixa do fluxo coronariano limita a reserva de fluxo, manifestando-se tipicamente como angina estável aos esforços. Já nas formas agudas, a ruptura ou erosão da placa com subsequente formação de trombo resulta em redução súbita do fluxo coronariano, configurando as síndromes coronarianas agudas, como angina instável e infarto agudo do miocárdio.

Definição de pacientes portadores de doença arterial coronariana crônica (DAC):

- Paciente sintomático com angina e doença coronária obstrutiva conhecida sem critérios de instabilidade.
- O paciente com angina ou isquemia causada por anormalidades vasomotoras epicárdicas ou alterações microvasculares funcionais/estruturais na ausência de obstrução significativa nas artérias epicárdicas (ANOCA/INOCA):
 - **ANOCA** (*Angina with Non-Obstructive Coronary Arteries*): Refere-se especificamente ao sintoma. O paciente sente **angina** (dor ou desconforto no peito), mas não há obstrução significativa (menor que 50%) nas artérias epicárdicas.
 - **INOCA** (*Ischemia with Non-Obstructive Coronary Arteries*): Refere-se à **isquemia** comprovada por exames (como teste ergométrico, cintilografia ou ressonância), mesmo sem obstruções visíveis nas grandes artérias.
- O paciente não agudo pós-SCA ou após revascularização;
- O paciente não agudo com insuficiência cardíaca (IC) de origem isquêmica.

- Os indivíduos assintomáticos nos quais a DAC epicárdica é detectada durante um exame de imagem para refinar a avaliação do risco cardiovascular ou como um achado incidental para outra indicação.

Classificação anatômica quanto à gravidade da doença arterial coronariana com base no grau de estenose luminal:

- **Leve:** Obstruções que ocupam < 50% da luz do vaso.
- **Moderada:** Obstruções entre 50% e 69%.
- **Importante (ou Grave):** Obstruções ≥ 70% em artérias epicárdicas ou ≥ 50% no Tronco da Coronária Esquerda (TCE).

Classificação da Gravidade da Angina de Esforço, segundo a Sociedade Cardiovascular Canadense (CCS):

Classificação de Angina de Esforço (CCS)		
Grau	Gravidade	Descrição detalhada
I	Esforço extenuante	Angina apenas durante atividade física exaustiva, rápida ou prolongada. Sem limitações em atividades comuns.
II	Esforço moderado	Leve limitação em atividades comuns (andar depressa, subir escadas após refeições, no frio ou sob stress emocional).
III	Esforço leve	Limitação acentuada da atividade física comum. Dor ao caminhar um ou dois quarteirões ou subir um lance de escadas em ritmo normal.

IV	Repouso	Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas podem estar presentes mesmo em repouso.
----	---------	--

Fonte: Canadian Cardiovascular Society (CCS)

PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR **VERMELHA** NO SIGRAH)

- **Angina estável classe III-IV** segundo a classificação da Sociedade Cardiovascular Canadense (CCS).
- Pacientes com alta hospitalar pós síndrome coronariana aguda (SCA) **recente** ou que **não tenham** passado pelo cardiologista até 3 meses após a alta hospitalar.
- Pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) ou angioplastia percutânea, **independente dos sintomas**, que não tenham passado pelo cardiologista após a alta hospitalar, em até 06 meses.
- Pacientes submetidos a CRVM ou angioplastia percutânea há mais de 06 meses, **sintomáticos**, que não tenham passado pelo cardiologista.
- Paciente com **teste ergométrico (ECG de Esforço) de alto risco** (*Duke Treadmill Score* ≤ -11).

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR **LARANJA** NO SIGRAH)

- **Angina estável classe I e II** segundo a classificação da CCS.
- Pacientes submetidos a CRVM ou angioplastia percutânea há mais de 06 meses, **assintomáticos**, que não tenham passado pelo cardiologista.
- Paciente com **teste ergométrico** inconclusivo na suspeita de alto risco cardiovascular.
- Pacientes assintomáticos com alteração segmentar ao ecocardiograma (hipocinesia ou acinesia de algum segmento da parede do ventrículo esquerdo).

PRIORIDADE MÉDIA (INSERIR SOB A COR **AMARELA** NO SIGRAH)]

- Paciente com DAC conhecida **assintomático no momento**.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, sódio, potássio, creatinina, TSH;
- ECG;

Outros exames (se disponível e desde que não atrase o encaminhamento):

- Radiografia de tórax - PA e perfil.
- Ecocardiograma transtorácico.

Proposta terapêutica inicial a ser implementada pela APS até a consulta com a cardiologia adulto:

- Orientar uso regular das medicações prescritas, incluindo antiagregação plaquetária ou anticoagulação, conforme avaliação inicial;
- Iniciar ou manter estatina de alta potência para todos os pacientes com DAC: **rosuvastatina 20–40 mg** (não contemplada na rede SUS) ou **atorvastatina 40–80 mg** (contemplada na SES-MG);
- Controle dos fatores de risco: PA; LDL alvo; HbA1c; peso;
- Reforçar mudanças de estilo de vida: atividade física, cessar tabagismo, dieta cardioprotetora;
- Manter a caderneta de vacinação atualizada.

6.7 Doença carotídea

A Doença Arterial Carotídea é uma manifestação da aterosclerose sistêmica e um importante fator de risco para o Acidente Vascular Cerebral (AVC). O manejo adequado na APS é crucial para a prevenção primária e secundária.

A definição de para qual especialista encaminhar depende do status clínico do paciente (sintomático ou assintomático) e do objetivo terapêutico (controle de fatores de risco ou intervenção cirúrgica/endovascular).

Pacientes com doença carotídea são de muito alto risco cardiovascular, devendo ter o controle dos fatores de risco – cessação do tabagismo, controle da hipertensão e diabetes, tratamento da dislipidemia (meta de LDL-c < 50 mg/dL) e uso de antiagregante plaquetário.

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- Estenose assintomática 50 a 69% e dificuldade de controle de fatores de risco na APS;
- Aterosclerose em múltiplos sítios (doença carotídea associada à Doença Arterial Coronariana ou Doença Arterial Periférica).

Observação: pacientes assintomáticos com estenose carotídea < 50% podem permanecer sob cuidados na APS, sem necessidade de encaminhamento para AE.

Encaminhamento para a Neurologia - O neurologista é fundamental para o diagnóstico diferencial de eventos neurológicos e para o manejo das sequelas e proteção cerebral.

Condições de encaminhamento:

- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69% ou
- Paciente com estenose de carótida assintomática mais que 70%.

Encaminhamento para a Neurocirurgia – Esta especialidade é responsável pela intervenção mecânica. Condições de encaminhamento:

- AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico.
- Paciente com estenose de carótida maior ou igual a 70%, independentemente se assintomática ou sintomática.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, sódio, potássio, creatinina, colesterol total e frações, triglicerídeos e TSH;

Outros exames (se disponível e desde que não atrase o encaminhamento):

- ECG;
- Ecocardiograma transtorácico.

6.8 Aneurisma de aorta

O aneurisma de aorta é um aumento do diâmetro da aorta em mais de 50% do esperado para a idade, sexo e superfície corpórea. Acomete 1 a 3% da população geral e 10% nos mais idosos. Os aneurismas costumam ser assintomáticos. Quando aparecem sintomas, é necessário investigar complicações. A ultrassonografia é o método mais disponível, rápido, barato e seguro para o diagnóstico. Ao detectar um aneurisma de aorta, todo o trajeto do vaso deve ser avaliado. Em torno de 20 a 30% dos pacientes com aneurisma da aorta abdominal também têm aneurisma de aorta torácica.

Os principais fatores de risco são: idade > 65 anos, homens, tabagismo, hipertensão arterial, história familiar positiva para aneurisma e insuficiência coronariana. **O diâmetro é o maior preditor de ruptura e morte.**

Proposta terapêutica inicial (até chegar à cardiologia adulto):

1. Controle da pressão arterial e da frequência cardíaca: manter PA $\leq$ 120/80 mmHg e FC $\leq$ 70 bpm.

Observação: os anti-hipertensivos de primeira linha nestes casos são os betabloqueadores. Se a monoterapia com betabloqueadores não for suficiente para atingir a meta de PA, ou em casos onde o betabloqueador é contraindicado/intolerado, outras classes podem ser utilizadas como os bloqueadores do receptor angiotensina II.

2. Tratamento da dislipidemia: manter LDL-c $<$ 70 mg/dL, pois a presença do aneurisma o classifica automaticamente como paciente de Alto Risco Cardiovascular. Se o paciente tiver outras manifestações de doença aterosclerótica (como infarto prévio, história de AVC, ou doença arterial periférica sintomática), ele deve ser classificado como de **Muito Alto Risco**, e a meta recomendada se torna **LDL-c $<$ 50 mg/dL**.

Nota: O objetivo é obter uma redução do LDL-c de, pelo menos $\geq$ 50% do valor basal (pré-tratamento), o que geralmente requer o uso de estatinas de alta potência.

3. Tratamento do diabetes;
4. Cessação do tabagismo.

PRIORIDADE MUITO ALTA (INSERIR SOB A COR VERMELHA NO SIGRAH)

- Aneurisma de aorta torácica ascendente $\geq 4,5$ cm em pacientes **assintomáticos**;
- Dilatação moderada de aorta torácica ascendente evidenciada pelo ecocardiograma.

PRIORIDADE ALTA (INSERIR SOB A COR LARANJA NO SIGRAH)

- Aneurisma de aorta torácica ascendente entre 4 e 4,5 cm em pacientes **assintomáticos**

Observação: aneurismas de outras localizações devem ser encaminhados para angiologia/cirurgia vascular.

Exames essenciais para o encaminhamento à Cardiologia

- Laboratoriais – hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, sódio, potássio, creatinina, colesterol total e frações, triglicerídeos;
- Radiografia de tórax PA e perfil;
- Ecocardiograma transtorácico, **se disponível e desde que não atrase o encaminhamento.**

Observação: Pacientes com aneurisma **< 4 cm** podem permanecer sob os cuidados na APS, não havendo necessidade de encaminhamento para a AE. Nesse caso, orienta-se o controle dos fatores de risco cardiovascular (cessação do tabagismo, controle pressórico e glicêmico, entre outros).

7. Condições cardiológicas que indicam o acompanhamento preferencial na APS

Os pacientes elencados nesta seção deverão apresentar **estabilidade do quadro clínico**, ausência de sinais e sintomas de descompensação, avaliação cardiológica prévia com proposta terapêutica definida, incluindo tratamento otimizado conforme indicação do especialista. O acompanhamento preferencial na APS deverá ocorrer após **contrarreferência** formal do especialista, acompanhada de Plano Terapêutico Singular (PTS - vide tópico 8), garantindo a continuidade do cuidado e o adequado seguimento clínico.

7.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

- HAS de baixo e moderado RCV (caso tenham sido encaminhados para AE);
- HAS secundária, após realização do diagnóstico, estabilização do quadro clínico e de todos os encaminhamentos necessários para o tratamento específico;
- HAS resistente sem LOA crônica, após ajuste medicamentoso e consequente estabilidade do quadro;
- Diagnóstico firmado de Hipertensão do avental branco ou mascarada. Caso tenham sido encaminhadas para AE só para fazer exame.

Orientações para a APS:

- Otimizar tratamento com anti-hipertensivos orais de acordo com o tratamento orientado por este protocolo, sempre verificando adesão medicamentosa;

7.2 Insuficiência Cardíaca

- Paciente portadores de insuficiência cardíaca classe funcional NYHA I estáveis, com tratamento otimizado, após avaliação cardiológica;
- Pacientes com estabilidade da classe funcional II com quadro estável há pelo menos seis meses e tratamento medicamentoso otimizado conforme tolerância do paciente.

Orientações para a APS:

- Reencaminhar se: piora da função do ventrículo esquerdo ou do ventrículo direito no ECOTT, piora de classe funcional, sinais/sintomas de IC descompensada, novas arritmias ou síncope.
- Realizar ECOTT anual se fração de ejeção (FEVE) entre 40 e 50%. Em caso de FEVE preservada, solicitar novo ECOTT se mudança clínica;
- Estimular vacinação para covid 19, influenza e pneumo 23.

7.3 Arritmia

- BDASE (bloqueio divisional anterosuperior esquerdo) assintomático;
- FA/flutter atrial em paciente estável, sem descompensação, com conduta definida;
- Taquicardia supraventricular, estável, sem recorrência ou descompensação;
- Bloqueio bifascicular assintomático.

Orientações para APS:

- Reencaminhar se: surgimento de sintomas (dispneia ou síncope) ou queda da FEVE.

7.4 Síncope ou perda transitória da consciência

- Síncope vasovagal;
- Hipotensão postural em paciente com uso de polifarmácia após ajuste medicamentoso.

7.5 Valvopatias

- Sopros inocentes – sistólico, de baixa intensidade (até grau II), curto, sem irradiação e, muitas vezes, musical, não amplificado com manobras;
- Valvopatia moderada estável assintomática, após avaliação cardiológica.

Orientações para a APS:

- Solicitar novo ECOTT em 02 anos se valvopatia leve ou em 01 ano se valvopatia moderada – caso paciente esteja assintomático ou sem novas queixas;
- Reencaminhar se: mudança clínica (piora de classe funcional, dor torácica, síncope), ausculta com novo sopro cardíaco, valvopatia laudada como moderada a grave ou grave, sinais/sintomas de IC descompensada, FA primodiagnóstico;

7.6 Doença Arterial Coronariana

- DAC leve (obstruções que ocupam < 50% da luz do vaso) estável e assintomática, após avaliação do cardiologista e definição de plano de cuidados;
- DAC leve, estável e com angina classe I, após avaliação do cardiologista e definição de plano de cuidados;
- Pacientes submetidos a CRVM ou angioplastia percutânea há mais de 12 meses, assintomáticos, após avaliação do cardiologista e definição de plano de cuidados.

Orientações para a APS:

- Reencaminhar se: novo quadro anginoso ou piora de angina pré-existente, dispneia ou piora de dispneia basal ou quaisquer equivalentes anginosos;
- Pacientes submetidos a CRVM ou angioplastia percutânea, em caso de surgimento de sintomas - retorno ao cardiologista sob prioridade vermelha;
- Meta de LDL < 50;
- Estimular vacinação para covid 19, influenza e pneumo 23;
- Não é necessário solicitar Ecocardiograma ou Teste ergométrico se paciente estável e sem mudança de quadro clínico.

7.7 Doença Carotídea

- Estenose assintomática < 50% ou 50 a 69%, após avaliação cardiológica e controle de fatores de risco na APS.

7.8 Aneurisma de Aorta

- Aneurisma de aorta torácica ascendente até 4 cm em pacientes assintomáticos, **mantendo diâmetro estável** (caso tenham sido encaminhados para AE).

8. Contrarreferência com Projeto Terapêutico Singular

Os pacientes contrarreferenciados para a APS, cuja condição clínica permita seguimento preferencial nesse nível de atenção, devem retornar à APS acompanhados de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) devidamente estruturado. O PTS é fundamental para garantir a continuidade do cuidado, promover a coordenação entre os pontos da rede e assegurar maior resolutividade na APS.

A contrarreferência realizada pelo cardiologista deve contemplar:

1. Diagnóstico atualizado e estratificação de risco, quando pertinente;
2. Metas terapêuticas com parâmetros clínicos claros (ex.: meta pressórica, metas de LDL, controle glicêmico, entre outros);
3. Plano terapêutico detalhado, incluindo:
 - a. Tratamento medicamentoso (fármacos, doses, horários e tempo previsto de uso);
 - b. Tratamento não medicamentoso (orientações sobre atividade física, alimentação, cessação do tabagismo, reabilitação, etc.);
 - c. Possíveis ajustes futuros previstos e critérios para modificação da conduta.
4. Exames necessários para o retorno na AE, com prazo sugerido para realização (quando aplicável);
5. Critérios claros para reencaminhamento ao cardiologista, bem como:
 - Previsão de retorno programado, quando indicado (por exemplo, retorno anual);
 - Situações clínicas específicas que justifiquem nova avaliação especializada ou retorno precoce.

Sugere-se ainda que, nos casos em que o paciente esteja em acompanhamento multiprofissional, o especialista realize o compartilhamento do cuidado, informando à equipe da APS a proposta terapêutica e alinhando as condutas, fortalecendo o trabalho interdisciplinar.

Recomenda-se, sempre que possível, que eventual reencaminhamento ocorra com o mesmo profissional que já acompanhava o paciente, favorecendo a longitudinalidade do cuidado. Na impossibilidade (por férias prolongadas, afastamento ou desligamento do

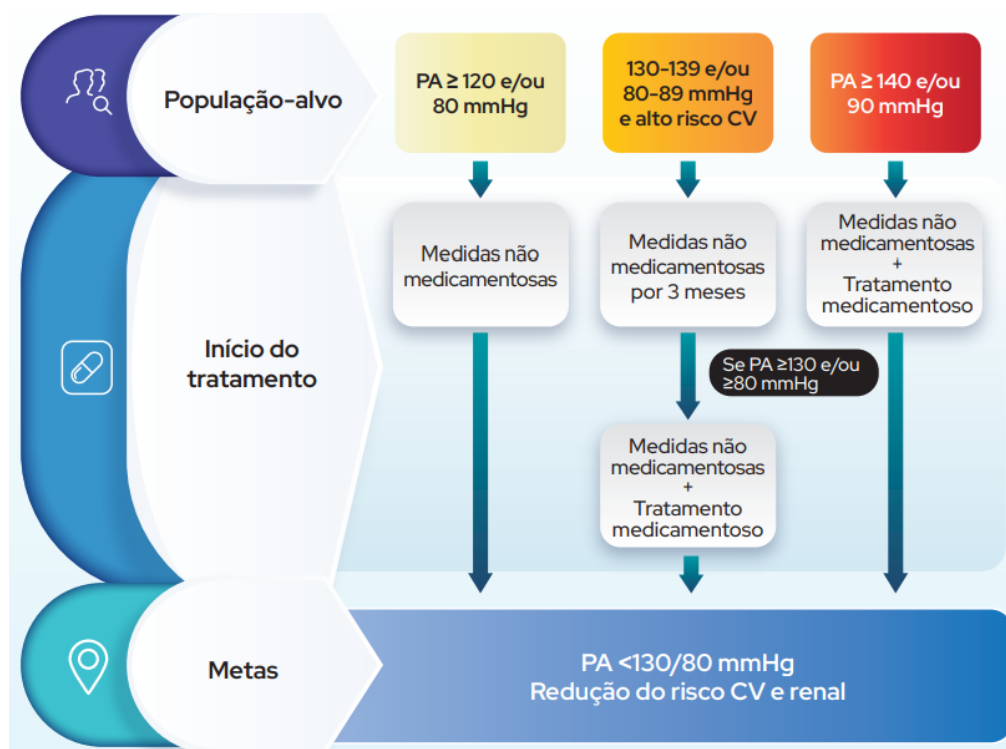
profissional), o paciente deverá ser direcionado a outro especialista, considerando-se a prioridade clínica e de sua condição de saúde.

9. ANEXO I - Tratamento da Hipertensão arterial sistêmica

O tratamento dos pacientes com elevação da PA, de acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, deve levar em consideração alguns conceitos fundamentais:

- **Indica-se a adoção e a manutenção de medidas não medicamentosas para todos os indivíduos com PA $\geq$ 120/80 mmHg, com objetivo de redução do RCV.** As principais medidas não medicamentosas envolvem cessar o tabagismo, reduzir o consumo de álcool, perder peso (se sobrepeso ou obesidade), praticar exercícios físicos e adotar um padrão alimentar saudável, incluindo a restrição da ingestão de sódio e o aumento do consumo dietético de potássio.
- **Indica-se o início do tratamento medicamentoso para todos os pacientes com HAS (independente do RCV) e nos indivíduos com PA 130-139 e/ou 80-89 mmHg e alto RCV.**
 - Em idosos $\geq$ 60 anos, inicia-se o tratamento farmacológico quando PAS $\geq$ 140 mmHg.

A população-alvo, o início do tratamento e as metas pressóricas estão descritas na figura abaixo, retirada da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.



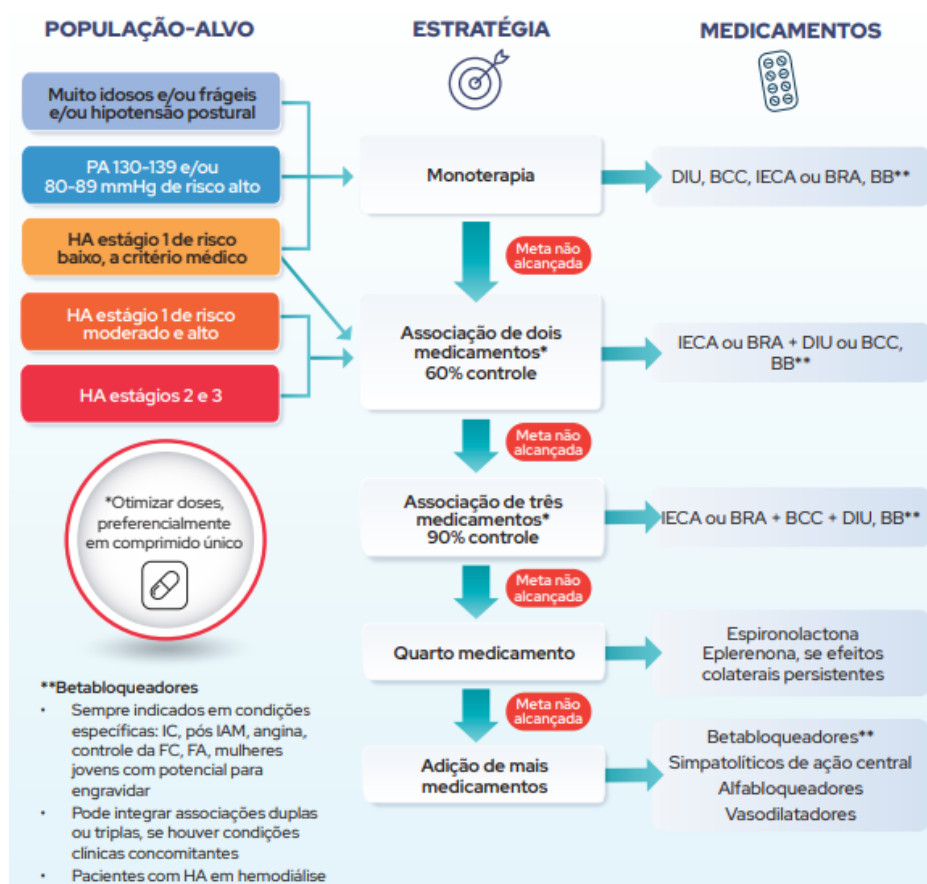
Fonte: BRANDÃO, A. A.; RODRIGUES, C. I. S.; FORJAZ, C. L. M. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2025, p.50.

Observações:

- Deve-se avaliar de forma cautelosa e individualizada os indivíduos frágeis, muito idosos (≥ 80 anos), com expectativa de vida reduzida ou com risco aumentado de efeitos adversos. Em pacientes que não toleram a meta pressórica $< 130/80$ mmHg, deve-se objetivar o menor valor de PA tolerado.
- É fundamental considerar as características dos fármacos utilizados, proceder à reavaliação e possíveis ajustes terapêuticos (em geral após quatro semanas de uso), reforçar a importância da adesão ao tratamento e orientar sobre efeitos adversos.

Com relação às estratégias do tratamento medicamentoso, o mesmo pode ser iniciado em **monoterapia** ou em **associação**. A **monoterapia** é recomendada em casos selecionados, quando a redução pressórica almejada é pequena ou deve ocorrer de forma gradual para evitar eventos adversos graves. A **associação de dois medicamentos** é a estratégia indicada para a maioria dos indivíduos, sendo escolhido um bloqueador do SRAA – IECA (inibidor da enzima conversora da angiotensina) ou BRA (bloqueador dos receptores AT1 da angiotensina II), e um BCC ou um diurético tiazídico ou similar (DIU). Nas situações em que não se atinge a meta pressórica, deve-se realizar ajustes de doses até as máximas preconizadas e toleradas e, caso ainda sim não seja possível alcançar a meta de PA, associa-se outras classes de anti-hipertensivos.

O fluxograma abaixo, retirado da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, organiza as estratégias terapêuticas citadas.



ABREVIATURAS: IC: insuficiência cardíaca; IAM: infarto agudo do miocárdio; FC: frequência cardíaca; FA: fibrilação atrial.

Fonte: BRANDÃO, A. A.; RODRIGUES, C. I. S.; FORJAZ, C. L. M. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2025, p.66.

10. Referências Bibliográficas

Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, Colafranceschi AS, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq. Bras. Cardiol. 2018;111(3):436-59.

Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, Fernandes-Silva MM, et al. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(6):1174-212.

Tarasoutchi F, Montera MW, Ramos AIO, Sampaio RO, Rosa VEE, Accorsi TAD, et al. Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 115(4):720-775

BRANDÃO, Andréa Araujo; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad; BORTOLOTTTO, Luiz Aparecido; NADRUIZ, Wilson; et al. *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo)*, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250624.

LEVY, S.; OLSHANSKY, B. *Arrhythmia management for the primary care clinician*. In: UpToDate, Leonard I Ganz (Section Editor); Brian C. Downey (Deputy Editor) [editores]. Waltham, MA: UpToDate Inc.; publicado em 10 Jul. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/arrhythmia-management-for-the-primary-care-clinician> (acesso em: 11 fevereiro 2026).

BENDITT, D.; KOWEY, P.; YEON, S. B. *Reflex syncope in adults and adolescents: Clinical presentation and diagnostic evaluation*. In: **UpToDate** [Internet]. Wolters Kluwer; atualizado continuamente (acesso em: **XX** mês **2026**). Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/reflex-syncope-in-adults-and-adolescents-clinical-presentation-and-diagnostic-evaluation>

BENDITT, D.; KOWEY, P.; HOCKBERGER, R. S.; YEON, S. B. *Syncope in adults: Clinical manifestations and initial diagnostic evaluation*. In: **UpToDate** [Internet]. Wolters Kluwer; atualizado continuamente (acesso em: **XX** mês **2026**). Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/syncope-in-adults-clinical-manifestations-and-initial-diagnostic-evaluation>.

Juliana de Carvalho B. Rodrigues
Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade em Saúde