



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços  
Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Nota Técnica SEI-GDF n.º 4/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS

Brasília-DF, 23 de agosto de 2018

**Assunto: Critérios de encaminhamento ambulatorial de pacientes para a realização de consulta em Cardiologia.**

## **DO OBJETIVO**

1. Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento dos usuários da atenção primária para o atendimento da atenção secundária para a especialidade de Cardiologia na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
2. Esta Nota Técnica está baseada no Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada – Volume 2 – Cardiologia, Ministério da Saúde, 2016, com as adequações necessárias à SES/DF<sup>[1]</sup>.
3. Os motivos mais comuns que justificam o encaminhamento ao especialista focal que será objeto desta Nota Técnica são: Cardiopatia Isquêmica/ Doenças Coronárias; Insuficiência Cardíaca; Arritmia; Hipertensão Arterial Sistêmica; Valvopatias e Doenças da Aorta e do Pericárdio.

## **DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL**

### **4. Doenças Coronárias /Cardiopatia Isquêmica**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento**

- suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica e probabilidade pré-teste intermediária ou alta para Doença Arterial Coronariana (Quadro 1); ou
- suspeita de cardiopatia isquêmica por alterações eletrocardiográficas ou equivalente anginoso (dispnéia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário; ou
- suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica e baixa probabilidade pré-teste para Doença Arterial Coronariana (Quadro 1), quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS; ou
- cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrito oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação (classificação da angina estável no Quadro 2); ou
- suspeita ou diagnóstico de cardiopatia isquêmica com prova de isquemia alterada (teste de esforço ou eco-estresse positivo ou cintilografia com isquemia transitória maior que 10%); ou
- cardiopatia isquêmica diagnosticada com necessidade de estratificação de risco após evento agudo (infarto agudo do miocárdio ou angina instável).

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter**

- sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas);
- medicamentos em uso, com posologia;
- resultado do eletrocardiograma, com data;
- resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;

- presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia). Relatar sim ou não para os principais e informar outros se presentes;
- história de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e exames realizados.

## 5. Insuficiência Cardíaca

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada; ou
- paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico apesar de tratamento clínico otimizado – piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia); ou
- paciente que persiste em Classe funcional (NYHA) III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado – em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância (Quadro 3 para definição da classe funcional no anexo); ou
- suspeita clínica de insuficiência cardíaca na impossibilidade de completar a investigação na APS.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA), sinais de congestão e hipoperfusão);
- resultado do eletrocardiograma, com data;
- resultado do raio-x de tórax, com data;
- resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;
- medicações em uso, com posologia;
- número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes;
- outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não).

## 6. Arritmia

As arritmias serão divididas em 3 condições: Síncope, Bradiarritmias e Taquiarritmias.

### 6.1 - Síncope

#### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- Disautonomia (podendo ser incluída síndrome vasovagal em caso de dúvida); ou
- Síncope sem pródromos; ou
- Síncope com BAV de 1° e 2°; ou
- Síncope em pacientes não cardiopatas após afastada causas neurológicas ou não cardíacas; ou
- Síncope com História familiar de morte súbita; ou
- Síncope com hipótese diagnóstica de Bloqueio Bifascicular ou Trifascicular.

#### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- Descrição de sinais e sintomas;
- Fatores desencadeantes;
- Presença de Cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual?
- Síncope em paciente com história familiar de morte súbita. Detalhar grau de parentesco e idade do evento;

- Medicação em uso;
- Documentação de alteração eletrocardiográfica: ECG/Holter/Outros (com data, se realizado);
- Outras Comodidades (sim ou não). Se sim, quais?
- Ecocardiograma (se realizado).

## 6.2 – Taquiarritmias

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- História prévia de taquicardia Ventricular, sem acompanhamento, confirmados por ECG/ Holter/Teste de Esforço, quando houver; ou
- Registro eletrocardiográficos de Taquicardia Supraventricular (ECG/Holter/Teste de Esforço); ou
- Fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm); ou
- Investigação de palpitações recorrentes não documentadas, porém com sintomas de baixo débito (tonturas, desmaios, hipotensão arterial); ou
- Paciente com taquiarritmia e história familiar positiva de morte súbita. Quando presente descrever idade do evento e grau de parentesco; ou
- Palpitações Taquicárdicas, sem diagnóstico definido após investigação inicial (ECG/Holter/Teste de Esforço).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- Descrição de sinais e sintomas;
- Fatores desencadeantes;
- Presença de cardiopatias. Se sim, especificar;
- Medicação em uso;
- Documentação de alteração eletrocardiográfica: Eletrocardiograma/Holter/Outros;
- Outras comorbidades;
- Ecocardiograma, se realizado;
- História familiar de morte súbita, quando presente. Descrever idade do evento e grau de parentesco.

## 6.3 – Bradiarritmias

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45bpm; ou
- Bloqueio Bifascicular (bloqueio de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo – HBAE ou a hemibloqueio póstero-inferior – HBPI e bloqueio de ramo esquerdo associado a HBAE ou a HBPI); ou
- Bloqueio Atrioventricular 2º grau e Bloqueio Atrioventricular Total; ou
- Pausas superiores a 3,5 na vigília, com sintomas (visualizadas no ECG ou Holter); ou
- Fibrilação Atrial com baixa resposta ventricular; ou
- Registro eletrocardiográficos de bradiarritmia em pacientes com cardiopatia estrutural (Registro em ECG e/ou Holter e/ou Teste de esforço); ou
- Palpitações recorrentes não documentadas porém com sintomas de baixo débito.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- Descrição de sinais e sintomas;

- Fatores desencadeantes;
- Presença de cardiopatia;
- Medicação em uso;
- Documentação de alteração eletrocardiográfica: Eletrocardiograma/Holter/Outros;
- Outras comorbidades;
- Ecocardiograma, se realizado;
- História familiar de morte súbita, idade do evento e grau de parentesco.

## 7. Hipertensão Arterial Sistêmica

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, entre elas um diurético, após avaliação da adesão; ou
- suspeita de hipertensão secundária (Quadro 4); ou
- evento cardio e/ou cerebrovascular recente (nos últimos 6 meses).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- sinais e sintomas;
- medicações em uso, com posologia;
- duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
- alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;
- avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).

## 8. Valvopatias

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- todos os pacientes com valvopatias moderadas/ Graves; ou
- todos os pacientes portadores de prótese valvar sintomáticos ou não, com diagnóstico de valvopatias moderadas; ou
- pacientes com diagnóstico de valvopatia leve com piora dos sintomas; ou
- suspeita de valvopatia por sopro diastólico ou contínuo após realização de Ecocardiograma, se disponível; ou
- suspeita de valvopatia por sopro sistólico associado a (pelo menos um): - sintomas (dispneia, dor torácica, síncope/pré-síncope); ou - sopro de grau elevado ( $\geq 3/6$ ) ou frêmito; ou - alterações significativas em eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax; ou
- diagnóstico de valvopatia com indicação de correção por procedimento invasivo (cirúrgico ou cateterismo).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- sinais e sintomas – presença de síncope, dor torácica ou dispneia, descrever também tempo de evolução; frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA);
- presença de sopro (sim ou não). Se sim, descrever a localização e as características do sopro, intensidade, com ou sem frêmito;
- outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- descrição do eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax, quando indicado, com data;

- descrição da ecocardiografia (área valvar, gradiente médio, fração de ejeção e diâmetros do ventrículo esquerdo), com data (se realizado).

## 9. Doenças da Aorta e do Pericárdio

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento

- presença de aneurisma de aorta torácica com diâmetro > 5 cm ou aneurismas saculares em arco transverso da aorta, em paciente assintomático; ou
- presença de aneurisma de aorta torácica com crescimento no diâmetro superior a 7 ou 10 mm por ano em paciente assintomático; ou
- pacientes com Síndrome de Marfan, assintomático, que apresentem aneurisma de aorta torácica com diâmetro > 4,5 cm ou > 4,0 cm em casos com história familiar de dissecação ou morte súbita; ou
- pacientes com associação de aneurisma de aorta torácica com válvula aórtica bicúspide ou insuficiência aórtica; ou
- pacientes com Síndrome de Marfan com aneurisma de aorta torácica com crescimento superior a 3 ou 5 mm por ano; ou
- pacientes portadores de aneurisma de aorta torácica com sintomas compressivos ou dor torácica; ou
- pacientes com suspeita de pericardite, conforme sinais/sintomas e resultado de ecocardiograma; ou
- pacientes assintomáticos com presença de derrame pericárdico moderado (entre 10 e 20 mm) ou importante (>20 mm). Se paciente sintomático ou com sinais de restrição diastólica ao ecocardiograma, encaminhar para emergência.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- sinais e sintomas;
- medicações em uso, com posologia;
- outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- descrição do eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax, quando indicado, com data;
- descrição da ecocardiografia (tamanho do aneurisma, presença de valvopatia), com data (se realizado).

## DA CONCLUSÃO

10. Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Cardiologia, os casos não indicados nesta Nota Técnica podem ter seus critérios de encaminhamento definidos pela Referência Técnica Distrital – RTD da Cardiologia e de Medicina de Família e Comunidade na SES/DF.

11. Os encaminhamentos de exames diagnósticos relacionados à Cardiologia serão tratados em nota técnica específica.

Elaboradores: **Rosana Costa Oliveira** - DASIS/COASIS/SAIS/SES - RTD Cardiologia; **Edna Maria Marques de Oliveira** - DASIS/COASIS/SAIS/SES - RTD Colaboradora Cardiologia; **Aclair Alves Ferreira Dallagrana** - GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES - Equipe Técnica: Médica de Família e Comunidade; **Jorge Samuel Dias Lima** – DESF/COAPS/SAIS/SES – RTD Medicina de Família e Comunidade; **José Eudes Vieira** – DESF/COAPS/SAIS/SES – RTD Medicina de Família e Comunidade.

**Bruno de Almeida Pessanha Guedes**

DASIS/COASIS/SAIS/SES

Diretor

De acordo.

**Fábio Vinícius Pires Micas da Silva**

COASIS/SAIS/SES

Coordenador

**Alexandra Gouveia de Oliveira Miranda Moura**

COAPS/SAIS/SES

Coordenadora

De acordo. Encaminhe-se ao Gabinete da SAA/SES/DF para autorização da implementação da proposta acima.

**Martha Gonçalves Vieira**

SAIS/SES

Subsecretária

Autorizo. Divulgue-se.

**Marcus Vinicius Quito**

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

[1] Ministério da Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada – Volume 2 – Cardiologia. Ministério da Saúde: Brasília, 2016.

## ANEXOS

**Quadro 1** - Probabilidade pré-teste de Doença Arterial Coronariana em pacientes sintomáticos de acordo com idade e sexo

Idade (anos)	Dor não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
30 a 39	4	2	34	12	76	26
40 a 49	13	3	51	22	87	55
50 a 59	20	7	65	31	93	73
60 a 69	27	14	72	51	94	86

**Fonte:** DUNCAN et al (2013) adaptada de dados combinados de Diamond/Forrester e Registro CASS.

\* A presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, tabagismo, hipertensão e dislipidemia) aumenta em 2 a 3 vezes a estimativa a cima.

\*\* Não está indicado realizar ergometria em pacientes com probabilidade pré-teste baixa (dor não anginosa e sem fatores de risco para doença arterial coronariana) na investigação de cardiopatia isquêmica.

\*\*\* Classifica-se a probabilidade pré-teste para cardiopatia isquêmica em baixa, intermediária e alta, respectivamente, para valores <10%, 10-90% e >90%.

**Quadro 2** - Classificação da Angina Estável (Sociedade de Cardiologia Canadense - CCS)

<b>Classe I</b>	Atividades comuns, como caminhar e subir escadas, não causam angina. O sintoma ocorre com
-----------------	---

	esforços extenuantes e/ ou prolongados no trabalho ou lazer.
<b>Classe II</b>	Limitação leve às atividades comuns. Angina para caminhar mais que duas quadras no plano ou subir mais que um lance de escadas.
<b>Classe III</b>	Limitação marcada às atividades comuns. Angina para caminhar 1 a 2 quadras e/ou subir um lance de escadas.
<b>Classe IV</b>	Angina com qualquer atividade física, podendo estar presente mesmo em repouso.

Fonte: DUNCAN et al (2013).

### Quadro 3 - Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA)

<b>Classe Funcional</b>	<b>Definição</b>
<b>Classe I</b>	Sem limitações. A atividade física rotineira não causa fadiga exagerada, dispneia, palpitações ou angina.
<b>Classe II</b>	Pequena limitação na atividade física; esse pacientes permanecem confortáveis em repouso. A atividade física rotineira resulta em fadiga, palpitações, dispneia ou angina.
<b>Classe III</b>	Limitação importante na atividade física. Atividades menores do que as rotineiras produzem sintomas; pacientes permanecem confortáveis em repouso.
<b>Classe IV</b>	Incapacidade de desempenhar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca ou angina presentes mesmo em repouso. Agravamento do desconforto com qualquer atividade física.

Fonte: DUNCAN et al (2013).

### Quadro 4 – Características que sugerem hipertensão secundária

<b>Suspeita Clínica</b>	<b>Alteração</b>
	Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético).
	Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos.
	Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar).
	Uso de fármacos indutores do aumento da pressão arterial (anticoncepcional oral, corticoides, anti-inflamatórios não esteroides, descongestionantes nasais, supressores de apetite, antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos e inibidores da monoamina oxidase)
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina). Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicação ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL.
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, ureia, proteinúria, hematúria.
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico

	interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica.
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna.
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia.
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza muscular.
Hiperaldosteronismo	Hipopotassemia sérica espontânea - <3,0mEq/L (hiperaldosteronismo primário) e/ou com nódulo adrenal
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações.
Síndrome de Cushing	Face em “lua cheia”, “corcova” dorsal, estrias purpúricas, obesidade central.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010)/ Portaria SES-DF Nº 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37 de 23.02.2018.



Documento assinado eletronicamente por **ACLAIR ALVES FERREIRA DALLAGRANNA - Matr.1440474-5, Médico(a) da Família e Comunidade**, em 27/08/2018, às 10:02, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ROSANA COSTA OLIVEIRA - Matr.0142690-7, Referência Técnica Distrital (RTD) Cardiologia**, em 27/08/2018, às 19:08, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **BRUNO DE ALMEIDA PESSANHA GUEDES - Matr.1433116-0, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 28/08/2018, às 15:16, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JOSE EUDES BARROSO VIEIRA - Matr.1681273-5, Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina e Comunidade**, em 30/08/2018, às 10:20, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JORGE SAMUEL DIAS LIMA - Matr.0190085-4, Referência Técnica Distrital (RTD) Medicina e Comunidade**, em 31/08/2018, às 09:25, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FABIO VINICIUS PIRES MICAS DA SILVA - Matr.0189161-8, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 03/09/2018, às 14:48, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ALEXANDRA GOUVEIA DE OLIVEIRA MIRANDA MOURA - Matr.0140659-0, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 03/09/2018, às 16:55, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.





Documento assinado eletronicamente por **MARTHA GONÇALVES VIEIRA - Matr.16809521, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 04/09/2018, às 08:41, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

---



Documento assinado eletronicamente por **MARCUS VINICIUS QUITO - Matr.0142678-8, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 10/09/2018, às 15:11, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

---



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)  
verificador= **11784184** código CRC= **9F20F799**.

---

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural sem número - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70086900 - DF

---