SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

QUEDAS DO IGUAÇU • PARANÁ

PROTOCOLO MUNICIPAL

CARDIOLOGIA

ADULTO

Regulação • Auditoria • Atenção Primária à Saúde

Critérios de encaminhamento e classificação de prioridade P0 a P3

VERSÃO TÉCNICA PARA VALIDAÇÃO MUNICIPAL

Quedas do Iguaçu • 2026

Referência técnica: protocolo de encaminhamento eletivo APS para Cardiologia da SESA/PR, 1ª ed., 2026; complementado por TelessaúdeRS/UFRGS, Ministério da Saúde e PCDTs vigentes.

1. Objetivo e escopo

Padronizar os encaminhamentos eletivos de adultos para Cardiologia, aumentar a resolutividade da APS, permitir classificação de prioridade baseada em risco e fornecer critérios objetivos para regulação e auditoria. O protocolo não substitui julgamento clínico e não se aplica a situações de urgência/emergência.

PRINCÍPIO CENTRAL
A consulta especializada deve ser compartilhada quando houver necessidade clínica que exceda a capacidade de manejo da APS ou quando a avaliação do especialista puder modificar de forma relevante diagnóstico, prognóstico ou tratamento. Casos manejáveis na APS permanecem sob seguimento longitudinal na APS.

2. Como usar este protocolo

- APS: consultar a seção correspondente ao motivo do encaminhamento, realizar avaliação/manejo inicial e registrar os dados mínimos.
- Regulação: confirmar a indicação, verificar a suficiência das informações clínicas e classificar o acesso como P0, P1, P2, P3 ou manejo na APS, conforme os critérios específicos de cada seção.
- Auditoria: avaliar aderência aos critérios, coerência entre quadro clínico, exames, tratamento realizado e recurso solicitado; registrar justificativa técnica quando houver devolução.
- Urgência/emergência: não inserir em fila ambulatorial eletiva.

PADRÃO MUNICIPAL: P0 = urgência/emergência; P1 = alta prioridade; P2 = prioridade intermediária; P3 = eletivo não prioritário. Quando o protocolo estadual indicar “não se aplica” para determinada prioridade, esta informação será mantida — não serão criados critérios artificiais apenas para preencher a categoria.

3. Classificação municipal de acesso

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Condição que não pode aguardar fila ambulatorial. Direcionar imediatamente à rede de urgência/emergência conforme gravidade e fluxo assistencial.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Eletivo prioritário de maior risco: necessidade de avaliação especializada em curtíssimo prazo pelo risco elevado de complicação ou perda de oportunidade de intervenção.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Eletivo prioritário: condição crônica de risco moderado ou sintomatologia relevante em que o atraso pode prejudicar a intervenção ou modificar de forma importante a conduta.
P3 — ELETIVO	Eletivo não prioritário (equivalente à categoria estadual “Rotina”): há indicação de atenção especializada, mas sem critérios de P1/P2.
APS	Sem critério atual para Cardiologia; realizar manejo longitudinal, investigação e tratamento na APS, com reencaminhamento se surgirem critérios.

4. Conteúdo mínimo obrigatório do encaminhamento

- Identificação completa e contato atualizado do paciente e UBS de origem.
- Queixa/motivo do encaminhamento, início e evolução, sintomas associados e repercussão funcional.
- Exame físico pertinente: PA, FC, ausculta, sinais de congestão/hipoperfusão e demais achados relacionados.
- Comorbidades, fatores de risco cardiovascular, tabagismo/etilismo e antecedentes familiares pertinentes.
- Medicamentos com doses, tempo de uso, adesão, tolerância e tratamentos já tentados.
- Manejo realizado na APS e resposta clínica.

- Exames disponíveis com data e resultado/laudo (ECG e, conforme o caso, laboratório, ecocardiograma, MAPA, Holter, teste ergométrico, imagem etc.).
- Hipótese diagnóstica e pergunta clínica ao especialista.

ENCAMINHAMENTO INSUFICIENTE
"Encaminho a pedido do paciente" não constitui, isoladamente, justificativa clínica. Quando faltarem elementos necessários para aplicar o protocolo, a solicitação poderá ser devolvida para complementação, informando objetivamente quais dados são necessários.

5. Situações cardiovasculares que NÃO devem aguardar fila eletiva

- Síndrome coronariana aguda suspeita/confirmada, angina instável ou dor torácica aguda/equivalente anginoso de início súbito.
- IC aguda ou agudamente descompensada, edema agudo de pulmão, hipoperfusão, insuficiência respiratória ou baixo débito.
- Emergência hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo.
- Taquiarritmia sustentada, arritmia com instabilidade hemodinâmica ou BAV avançado/total sintomático.
- FA/flutter de instalação aguda quando houver necessidade de avaliação imediata para estratégia de cardioversão/anticoagulação.
- Síncope de provável etiologia cardíaca com características de alto risco.
- Suspeita de miocardite aguda, endocardite infecciosa ou trombose/disfunção aguda de prótese valvar.
- Valvopatia com descompensação aguda.
- Evento tromboembólico agudo de provável origem cardíaca.
- Suspeita de síndrome aórtica aguda.

6. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

O que deve ser feito na APS antes do encaminhamento

- Confirmar o diagnóstico e a persistência do descontrole pressórico com técnica correta de aferição e medidas em ocasiões diferentes. Quando houver indicação e disponibilidade, utilizar MAPA ou MRPA para afastar efeito do avental branco e auxiliar na confirmação de hipertensão não controlada.
- Revisar adesão ao tratamento, posologia e horários; verificar consumo excessivo de sódio e álcool, obesidade, sedentarismo e uso de substâncias ou medicamentos que possam elevar a pressão arterial, como AINEs, descongestionantes simpaticomiméticos, estimulantes e outros fármacos pertinentes ao caso.
- Antes de classificar como hipertensão resistente, excluir pseudorresistência. Documentar tratamento anti-hipertensivo adequado, em doses máximas toleradas, incluindo três classes complementares e, quando não houver contraindicação, diurético apropriado. Registrar intolerâncias, contraindicações e motivo para eventual impossibilidade de otimização.
- Avaliar lesão de órgão-alvo e risco cardiovascular conforme o quadro clínico. A investigação inicial deve ser direcionada pela história, exame físico e disponibilidade da rede. Suspeitas de hipertensão secundária devem ser encaminhadas à especialidade mais relacionada à provável etiologia (Cardiologia, Nefrologia ou Endocrinologia), conforme organização municipal.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Encaminhar quando houver hipertensão resistente verdadeira, após confirmação de adesão, exclusão de pseudorresistência e tentativa documentada de otimização terapêutica; ou quando houver hipertensão associada a cardiopatia/lesão cardiovascular relevante cuja avaliação pelo cardiologista possa modificar a conduta.
- Também pode haver indicação diante de suspeita consistente de hipertensão secundária com provável causa cardiovascular ou quando a etiologia não estiver definida e houver necessidade de avaliação cardiológica. Exemplos de sinais de alerta para causa secundária incluem início abrupto ou em idade incomum, piora súbita de hipertensão

previamente controlada, hipocalemia não explicada, assimetria importante de pulsos ou pressão arterial e manifestações clínicas sugestivas de doença secundária.

- HAS primária controlada, ou descontrole ainda sem otimização terapêutica/avaliação de adesão, deve permanecer inicialmente sob manejo longitudinal da APS, salvo presença de sinais de alarme, lesão aguda de órgão-alvo ou outra indicação específica de encaminhamento.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Hipertensão grave associada a lesão aguda de órgão-alvo; ou sinais/sintomas sugestivos de feocromocitoma em contexto de crise hipertensiva. Não inserir em fila ambulatorial.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Hipertensão arterial resistente; ou HAS com critérios consistentes de suspeita de hipertensão secundária.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Não se aplica no protocolo estadual de Cardiologia para HAS.
P3 — ELETIVO	HAS associada a múltiplas comorbidades/complicações coexistentes; ou HAS em paciente com risco cardiovascular muito alto/extremo, sem critérios de P0/P1.
APS	HAS primária sem critérios de secundarismo/resistência e demais situações sem critério de encaminhamento; seguimento longitudinal compartilhado quando indicado.

REGULAÇÃO/AUDITORIA — O encaminhamento deve informar: valores de PA documentados em ocasiões diferentes; medicamentos em uso com doses e horários; avaliação de adesão; medidas adotadas para excluir pseudorresistência; exames/achados de lesão de órgão-alvo quando presentes; suspeita de causa secundária e elementos que a sustentam; e a pergunta clínica dirigida ao cardiologista. Encaminhamentos sem essas informações essenciais podem ser devolvidos para complementação, quando não houver situação de urgência.

Nota técnica: nesta versão municipal, P0 corresponde à urgência/emergência; P1 e P2 mantêm as categorias eletivas prioritárias do protocolo estadual; P3 corresponde ao “eletivo não prioritário/rotina” do protocolo estadual. A categoria APS permanece separada, pois significa ausência de indicação atual de consulta especializada.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• medidas de PA registradas em ocasiões diferentes e confirmação do descontrole;
• medicamentos em uso, doses, horários e tempo de uso;
• adesão avaliada e possíveis causas de pseudorresistência abordadas;
• tentativa de otimização terapêutica ou justificativa de contraindicação/intolerância;
• presença ou ausência de lesão de órgão-alvo/cardiopatia;
• elementos objetivos que sustentem suspeita de hipertensão secundária;
• pergunta clínica dirigida ao especialista.

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANTER MANEJO NA APS QUANDO
• encaminhamento motivado apenas pelo diagnóstico de HAS, sem questão clínica especializada;
• ausência de valores de PA documentados, medicamentos/doses ou avaliação de adesão;
• descontrole sem tentativa documentada de otimização terapêutica, salvo contraindicação ou intolerância;
• pseudorresistência ainda não avaliada quando pertinente;
• HAS primária controlada e sem cardiopatia/lesão de órgão-alvo que justifique avaliação cardiológica.
ATENÇÃO: não devolver para APS casos com sinais de emergência hipertensiva; estes devem seguir imediatamente para urgência/emergência.

7. Insuficiência cardíaca (IC)

O que deve ser feito na APS

- Na suspeita estável: história e exame dirigidos, ECG, função renal, eletrólitos, hemograma e demais exames conforme contexto; solicitar ecocardiograma quando disponível e indicado.
- Identificar e tratar fatores precipitantes e comorbidades; avaliar congestão, classe funcional NYHA e adesão.
- Na ICFER estável, iniciar/otimizar tratamento conforme PCDT e disponibilidade/contraindicações, com monitorização clínica, renal e eletrolítica.
- ICFER NYHA I e casos estáveis contrarreferenciados podem permanecer em acompanhamento longitudinal na APS.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- NYHA II quando houver necessidade de terapia/avaliação especializada prevista no fluxo; NYHA III-IV apesar de tratamento clínico otimizado.
- Internação por IC descompensada no último ano.
- Disfunção ventricular grave sintomática apesar de terapia otimizada, especialmente candidato a dispositivo/terapia avançada.
- IC associada a FA, arritmia complexa, coronariopatia, hipertensão pulmonar ou valvopatia clinicamente relevante.
- Suspeita/diagnóstico de IC com fração preservada que necessite avaliação diagnóstica inicial especializada ou investigação de cardiomiopatia infiltrativa/restritiva.
- Suspeita de cardiomiopatia hipertrófica, dilatada, restritiva ou arritmogênica.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	IC aguda ou agudamente descompensada; sinais de hipoperfusão; síncope associada à descompensação; piora recente importante de congestão; suspeita de miocardite aguda; arritmia de instalação aguda associada à IC.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Caquexia cardíaca; disfunção ventricular grave sintomática apesar de terapia otimizada, com possível indicação de dispositivo/transplante; IC associada a fibrilação atrial; IC associada a arritmia complexa, hipertensão pulmonar, DAC ou valvopatia clinicamente relevante.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Internação por IC descompensada no último ano; paciente transplantado cardíaco recém-chegado à rede e que necessite continuidade do protocolo de acompanhamento.
P3 — ELETIVO	NYHA II com indicação de terapia especializada conforme fluxo; suspeita/diagnóstico de IC com fração de ejeção preservada para avaliação inicial; investigação adicional de cardiomiopatia em paciente estável.
APS	Suspeita e avaliação inicial de IC estável; ICFER NYHA I; ICFER NYHA II já com terapia especializada iniciada e estável; seguimento compartilhado.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• classe funcional e FEVE estão informadas quando disponíveis
• há registro de tratamento e doses/tolerância
• há internação/descompensação recente
• há comorbidade cardíaca que aumente prioridade
• ecocardiograma ou justificativa de indisponibilidade está descrito

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• suspeita inicial estável sem investigação básica realizada quando disponível
• ICFER NYHA I estável sem outro critério

• pedido sem classe funcional, tratamento ou dados de ecocardiograma quando já realizado

8. Doença arterial coronariana / angina estável

O que deve ser feito na APS

- Caracterizar dor: localização, qualidade, duração, relação com esforço, fatores de alívio, frequência e mudança de padrão; registrar classe funcional CCS quando possível.
- Pesquisar fatores de risco e realizar ECG de repouso; manejar fatores de risco e iniciar tratamento clínico apropriado conforme quadro.
- Paciente contrarreferenciado com angina estável CCS I-II, sem mudança de padrão, sem disfunção ventricular importante e sem evento cardiovascular recente pode ser acompanhado na APS.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Angina estável ou equivalente anginoso sem avaliação prévia especializada.
- DAC conhecida, SCA prévia ou revascularização sem avaliação especializada prévia/seguimento definido.
- Paciente contrarreferenciado que apresente mudança do padrão anginoso, piora funcional ou novo evento cardiovascular.
- Angina por vasoespasmo ou suspeita de angina microvascular.
- Teste de triagem positivo para DAC em assintomático, conforme contexto clínico.
- DAC associada a ICFER, FA, valvopatia moderada/grave ou cardiomiopatia.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Suspeita/diagnóstico de síndrome coronariana aguda, incluindo angina instável: início recente com CCS III–IV, angina em crescendo ou angina em repouso prolongada; dor torácica aguda ou equivalente anginoso de início súbito.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Angina estável em seguimento com mudança do padrão, piora da classe CCS ou novo evento cardiovascular; angina com suspeita/evidência de vasoespasmo ou angina microvascular; angina estável/equivalente anginoso sem avaliação prévia pela atenção especializada.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	DAC conhecida, SCA prévia ou revascularização sem avaliação especializada prévia; alta recente após SCA/revascularização; DAC associada a ICFER, FA, valvopatia relevante ou cardiomiopatia.
P3 — ELETIVO	Indicação especializada estável sem critérios de P1/P2, incluindo situações previstas no protocolo estadual como eletivas não prioritárias.
APS	Angina estável CCS I–II contrarreferenciada, sem mudança de padrão, sem disfunção ventricular importante e sem evento cardiovascular/revascularização nos últimos 2 anos.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• sintoma está caracterizado e há informação sobre mudança de padrão
• CCS ou repercussão funcional está descrita
• há ECG/exames disponíveis e fatores de risco
• tratamento e eventos/revascularização prévios estão registrados

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• dor torácica inespecífica sem caracterização clínica mínima

• paciente estável contrarreferenciado sem novo critério
• pedido sem informar sintomas, evolução ou antecedentes de DAC

9. Valvopatias e sopros

O que deve ser feito na APS

- Auscultar e caracterizar sopro, pesquisar sintomas e sinais de IC; avaliar ECG e solicitar ecocardiograma quando houver indicação e disponibilidade.
- Valvopatias leves e diagnóstico etiológico de sopros sem repercussão podem, em regra, permanecer na APS com seguimento adequado.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Ecocardiograma demonstrando estenose ou insuficiência valvar moderada a grave sem avaliação especializada prévia.
- Valvopatia moderada/grave associada a DAC ou repercussão clínica.
- Prótese valvar sem seguimento especializado atual.
- Situação de anticoagulação complexa relacionada a prótese mecânica/estenose mitral reumática/FA quando houver risco hemorrágico relevante ou necessidade de avaliação especializada.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Valvopatia com descompensação aguda/IC descompensada; febre sem causa definida em portador de valvopatia com suspeita de endocardite; suspeita de trombose de prótese valvar.
P1 — ALTA PRIORIDADE	FA de início recente associada à valvopatia; complicadores ecocardiográficos de valvopatia; sinais de disfunção de prótese, anemia hemolítica ou complicadores ecocardiográficos; indicação de anticoagulação em prótese mecânica/estenose mitral reumática/FA valvar com risco moderado-alto de sangramento.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Valvopatia associada a DAC; estenose ou insuficiência valvar moderada a grave, clinicamente relevante, sem avaliação prévia pela atenção especializada.
P3 — ELETIVO	Prótese valvar sem acompanhamento atual pela atenção especializada, em paciente estável e sem sinais de disfunção.
APS	Valvopatia leve; investigação etiológica inicial de sopro sem repercussão; seguimento compartilhado conforme plano especializado.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• grau da valvopatia no eco está informado
• há sintomas/repercussão hemodinâmica
• há prótese e situação de anticoagulação
• há sinais de descompensação que mudem o destino para urgência

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• sopro isolado sem exame físico descrito ou sem investigação indicada disponível
• valvopatia leve assintomática sem repercussão
• pedido sem laudo/data do ecocardiograma já realizado

10. Arritmias, palpitações, bloqueios e síncope

O que deve ser feito na APS

- Caracterizar palpitações/síncope, duração, frequência, relação com esforço, pródromos, recuperação, medicamentos e história familiar de morte súbita.
- Realizar ECG de 12 derivações; pesquisar causas reversíveis (eletrólitos, tireoide, anemia, fármacos) conforme quadro.
- FA permanente anticoagulada com bom controle de frequência, BAV de 1º grau assintomático, bloqueio bifascicular assintomático e extrassístoles isoladas sem manifestações podem ser acompanhados na APS, salvo outro critério.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Arritmia documentada clinicamente relevante ou sintomática; taquicardia recorrente; bradicardia sintomática.
- FA/flutter que necessite definição de estratégia, controle inadequado, dificuldade de anticoagulação ou associação com outra cardiopatia.
- Bloqueios de condução com sintomas ou progressão; suspeita de doença do nó sinusal.
- Síncope recorrente ou suspeita de etiologia cardíaca em paciente estável, sem critério de emergência.
- Arritmia associada a cardiopatia estrutural ou história familiar de morte súbita.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Arritmia associada a IC descompensada ou SCA; evento tromboembólico de provável origem cardíaca; instabilidade hemodinâmica por arritmia; taquiarritmia sustentada; BAV avançado/total sintomático; mau funcionamento de marcapasso/eletrodos; FA/flutter de instalação aguda; síncope de provável etiologia cardíaca com alto risco.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Síncope de provável etiologia cardíaca sem critérios de P0; paciente com CDI sem seguimento; FA/flutter com tromboembolismo recente e/ou necessidade de anticoagulação com contraindicação ao anticoagulante.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	FA/flutter com duração >48 h; BAV de 2º grau Mobitz II ou BAV total assintomático; QT longo; TVNS/TSVNS; extrassístoles frequentes com pré-síncope/síncope/palpitações taquicárdicas; BAV de 1º grau sintomático com distúrbio intraventricular; ocupação de risco associada ao quadro arrítmico.
P3 — ELETIVO	Acompanhamento de marcapasso definitivo normofuncionante; BAV de 2º grau Mobitz I, quando houver indicação de avaliação especializada e ausência de critérios de maior prioridade.
APS	FA permanente anticoagulada com controle adequado de frequência; BAV de 1º grau assintomático; bloqueio bifascicular assintomático; extrassístoles isoladas sem manifestações clínicas; seguimento compartilhado.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• ECG/registro da arritmia está anexado ou descrito
• sintomas e síncope/pré-síncope estão caracterizados
• FC, anticoagulação e controle de frequência estão descritos na FA
• há cardiopatia estrutural/história familiar de risco

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• palpitação sem descrição e sem ECG básico quando disponível
• extrassístoles isoladas assintomáticas sem cardiopatia relevante

• FA permanente bem controlada sem novo problema especializado

11. Hipertensão pulmonar

O que deve ser feito na APS

- Suspeitar diante de dispneia progressiva, síncope/pré-síncope, sinais de sobrecarga direita ou achados ecocardiográficos; investigar causas cardiopulmonares comuns conforme capacidade da APS.
- Registrar ecocardiograma, PSAP estimada e função ventricular direita quando disponíveis, além de doença pulmonar, tromboembolismo e cardiopatia esquerda associadas.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Suspeita clínica/ecocardiográfica de hipertensão pulmonar para confirmação etiológica e estratificação.
- Diagnóstico estabelecido sem seguimento especializado ou com piora funcional.
- Associação a cardiopatia congênita, doença tromboembólica crônica ou sinais de disfunção ventricular direita.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	HP diagnosticada/suspeita com piora súbita da dispneia, insuficiência respiratória, dor torácica aguda, palpitações com repercussão, hemoptise/hemorragia alveolar, sinais de baixo débito ou instabilidade hemodinâmica.
P1 — ALTA PRIORIDADE	HP com risco de morte intermediário-alto; características hemodinâmicas de HP pré-capilar; HP tromboembólica crônica ou associada a antecedente de embolia pulmonar.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Alta probabilidade ecocardiográfica de HP; probabilidade intermediária com alta suspeição clínica ou fatores associados (doença do tecido conjuntivo, HIV, hipertensão portal, cardiopatia congênita, esquistossomose); HP secundária a doença cardíaca esquerda.
P3 — ELETIVO	Probabilidade ecocardiográfica intermediária como achado incidental, sem critérios de maior prioridade; diagnóstico prévio de HP sem seguimento; avaliação de parentes de primeiro grau de paciente com HP hereditária.
APS	Seguimento longitudinal de pacientes em cuidado compartilhado com a atenção especializada.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• há ecocardiograma/PSAP quando disponível
• dispneia e classe funcional estão descritas
• foram consideradas causas cardíacas/pulmonares
• há sinais de disfunção direita ou síncope

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• encaminhamento por dispneia inespecífica sem avaliação inicial
• achado ecocardiográfico isolado sem contexto clínico descrito

12. Avaliação pré-operatória / risco cardiovascular perioperatório

O que deve ser feito na APS

- Não encaminhar automaticamente por idade. Avaliar tipo/risco da cirurgia, capacidade funcional, sintomas, cardiopatia conhecida e condições cardiovasculares ativas.
- Procedimento de baixo risco em paciente sem doença cardíaca/sintomas geralmente pode ter avaliação clínica na APS conforme fluxo local.
- Solicitar exames apenas quando indicados pelo risco clínico/procedimento, evitando baterias de exames sem impacto na conduta.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Condição cardiovascular ativa ou suspeita que exija esclarecimento antes da cirurgia.
- Cardiopatia conhecida com instabilidade, sintomas novos ou necessidade de ajuste especializado que possa modificar conduta perioperatória.
- Cirurgia de maior risco em paciente com risco cardiovascular elevado quando a avaliação especializada puder alterar manejo.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica à avaliação pré-operatória eletiva. Se houver condição cardiovascular aguda/instável, seguir o protocolo específico e a rede de urgência/emergência.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Procedimento de alto risco cardiovascular; procedimento de risco intermediário em paciente com valvopatia, arritmia, IC ou DAC não adequadamente compensada e sem seguimento atual; cirurgia oncológica, exceto pequeno porte.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Procedimento de risco cardiovascular intermediário, exceto situações descompensadas enquadradas em P1.
P3 — ELETIVO	Procedimento de baixo risco cardiovascular em paciente com cardiopatia previamente conhecida, quando houver indicação de avaliação especializada.
APS	Procedimento de baixo risco em paciente sem cardiopatia e sem outro critério de encaminhamento.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• tipo e data prevista da cirurgia estão informados
• risco do procedimento e capacidade funcional estão descritos
• há cardiopatia/sintomas que justifiquem especialista
• a consulta cardiológica realmente pode modificar a conduta

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• pedido apenas por idade
• "risco cirúrgico" sem informar procedimento
• procedimento de baixo risco em assintomático sem cardiopatia e sem critério adicional

13. Avaliação para atividade física

O que deve ser feito na APS

- Realizar anamnese, exame físico, fatores de risco, sintomas ao esforço e história familiar de morte súbita.

- Indivíduos assintomáticos sem doença cardiovascular conhecida e sem achados de risco não necessitam de cardiologista de rotina apenas para liberação de atividade física.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Sintomas ao esforço (dor torácica, síncope/pré-síncope, dispneia desproporcional, palpitações relevantes).
- Cardiopatia conhecida, ECG anormal relevante ou história familiar sugestiva de cardiopatia hereditária/morte súbita.
- Atividade competitiva/intensa em indivíduo com condição cardiovascular que exija estratificação especializada.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Sintoma cardiovascular agudo ou instabilidade durante/relacionada ao esforço, como dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda, síncope de alto risco, arritmia com repercussão ou dispneia aguda importante. Encaminhar à urgência/emergência.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Sintomas de alto risco ao esforço em paciente estável, após exclusão de emergência.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Cardiopatia conhecida com necessidade de estratificação antes de atividade intensa.
P3 — ELETIVO	Demais casos com indicação clínica especializada.
APS	Avaliação de rotina sem sintomas, cardiopatia ou fatores de alto risco.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• qual atividade/intensidade está prevista
• há sintomas ao esforço
• há cardiopatia/ECG anormal/história familiar
• pedido não é apenas administrativo sem indicação clínica

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• pedido de "liberação" sem fator clínico de risco
• assintomático sem cardiopatia e sem achados de risco

14. Cardiopatias congênitas no adulto

O que deve ser feito na APS

- Identificar tipo de cardiopatia, correção prévia, sintomas, saturação, sopros e exames disponíveis.
- Cardiopatias acianóticas corrigidas ou não, assintomáticas e sem complicações podem permanecer em seguimento compartilhado conforme orientação especializada.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Cardiopatia congênita com sintomas, cianose, arritmia, disfunção ventricular, hipertensão pulmonar ou complicação estrutural.
- Paciente sem avaliação especializada prévia/seguimento definido quando a anatomia ou correção exige acompanhamento.
- Gestação ou planejamento gestacional em portadora de cardiopatia congênita relevante deve seguir fluxo especializado apropriado.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Cardiopatia congênita com descompensação aguda, cianose/hipoxemia importante de início ou piora recente, arritmia instável, síncope de alto risco ou insuficiência cardíaca aguda. Encaminhar à urgência/emergência.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Cianose, síncope, arritmia relevante, disfunção ventricular ou hipertensão pulmonar em paciente estável.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Cardiopatia congênita com repercussão moderada sem sinais de alarme.
P3 — ELETIVO	Necessidade de revisão especializada sem repercussão atual.
APS	Cardiopatia acianótica estável, assintomática e sem complicações, conforme plano de seguimento.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
- **diagnóstico anatômico/cirurgia prévia estão informados**
- **há eco e repercussão hemodinâmica**
- **há sintomas/cianose/HP/arritmia**
- **há plano prévio de seguimento**

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
- **pedido apenas por antecedente remoto de cardiopatia corrigida sem complicação ou necessidade de revisão definida**
- **ausência de informação sobre tipo de cardiopatia e correção prévia**

15. Dislipidemia

O que deve ser feito na APS

- Tratamento e seguimento são predominantemente da APS: estratificar risco cardiovascular, excluir causas secundárias, orientar estilo de vida e instituir terapia conforme diretrizes/PCDT.
- Registrar perfil lipídico, adesão, doses máximas toleradas, efeitos adversos e eventos ateroscleróticos prévios.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Suspeita de hipercolesterolemia familiar ou dislipidemia genética relevante.
- LDL persistentemente muito elevado apesar de tratamento otimizado e adesão, quando houver necessidade de terapia especializada/alto risco.
- Intolerância verdadeira a múltiplas estratégias terapêuticas em paciente de alto risco.
- Hipertrigliceridemia grave/persistente com necessidade de avaliação especializada, após investigação de causas secundárias.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica como categoria própria da avaliação eletiva para atividade física. Sintomas agudos/graves devem ser classificados conforme o protocolo cardiovascular específico.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Síncope durante atividade esportiva, desde que não haja critério para urgência/emergência pelo protocolo de arritmias/síncope.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Paciente com mais de 40 anos e sintomas cardíacos desencadeados pelo exercício, como dor/precordialgia, palpitações, pré-síncope ou dispneia.

P3 — ELETIVO	Não se aplica no protocolo estadual para este motivo de encaminhamento.
APS	Demais avaliações para atividade física sem critérios de encaminhamento à atenção especializada.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• perfil lipídico e risco cardiovascular estão informados
• tratamento/doses/adesão e intolerâncias estão descritos
• causas secundárias foram consideradas
• há suspeita genética ou falha terapêutica real

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• dislipidemia isolada sem tentativa de manejo na APS
• pedido sem perfil lipídico ou tratamento descrito
• controle inadequado por baixa adesão sem intervenção documentada

16. Aneurisma de aorta ascendente / aortopatia

O que deve ser feito na APS

- Registrar método de imagem, diâmetro máximo, segmento acometido, data e comparação com exames prévios; controlar rigorosamente PA e fatores de risco.
- Aneurismas pequenos e estáveis podem ser acompanhados conforme plano especializado/protocolo, com atenção a crescimento e condições associadas.

Critérios para encaminhamento à Cardiologia

- Aorta ascendente com diâmetro relevante para avaliação especializada, crescimento documentado ou associação a valva aórtica bicúspide/síndrome genética.
- Aneurisma ≥45 mm ou abaixo desse limiar quando houver crescimento, sintomas, história familiar de dissecção/morte súbita ou condição de maior risco, conforme avaliação especializada.
- Valva aórtica bicúspide com dilatação significativa da aorta ou outra repercussão cardíaca.

Classificação de prioridade

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS
P0 — URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Suspeita de endocardite infecciosa; insuficiência cardíaca descompensada; crise de hipóxia; arritmia de instalação aguda (<48 h) e/ou com instabilidade em portador de cardiopatia congênita.
P1 — ALTA PRIORIDADE	Não se aplica no protocolo estadual específico para cardiopatias congênitas do adulto.
P2 — PRIORIDADE INTERMEDIÁRIA	Cardiopatia congênita com arritmia, hipertensão pulmonar, sinais de IC ou alterações estruturais significativas, sem critérios de P0 ou de maior prioridade por outro protocolo específico.
P3 — ELETIVO	Alterações estruturais iniciais em portador de cardiopatia congênita; acompanhamento de cardiopatia congênita cianótica corrigida em paciente assintomático.
APS	Cardiopatia congênita acianótica corrigida ou não, assintomática e sem complicações; valva aórtica bicúspide com aorta ascendente <45 mm; orientação de profilaxia de endocardite conforme indicação.

PARA REGULAÇÃO / AUDITORIA
Verificar:
• diâmetro, segmento, método e data estão informados
• há comparação temporal/crescimento
• há valva bicúspide, síndrome genética ou história familiar
• há sintomas sugestivos de síndrome aórtica aguda

DEVOLVER PARA COMPLEMENTAÇÃO / MANEJO NA APS QUANDO
• pedido sem medida da aorta ou sem laudo do exame disponível
• aorta <45 mm estável sem outro critério, quando já há plano de seguimento na APS

17. Regras gerais para devolução técnica

- Solicitação sem conteúdo clínico suficiente para aplicação dos critérios.
- Ausência de exame físico, evolução, medicamentos/doses ou exames já realizados quando essenciais ao motivo do encaminhamento.
- Condição classificada como manejo na APS sem registro de situação excepcional que justifique compartilhamento especializado.
- Ausência de tentativa de manejo inicial prevista no protocolo, quando clinicamente segura e disponível.
- Encaminhamento administrativo ou "a pedido" sem indicação clínica.
- Solicitação incompatível com fila eletiva por apresentar sinais de urgência: orientar imediatamente o fluxo adequado, não simplesmente manter/devolver sem orientação.

IMPORTANTE PARA AUDITORIA
A devolução deve ser técnica, objetiva e rastreável. Preferir linguagem como: "Solicitação devolvida para complementação porque não constam X/Y, necessários para aplicação do protocolo" ou "No momento, os dados descritos enquadram o caso em manejo na APS; reencaminhar se surgir X/Y/Z". Evitar justificativas genéricas como "não tem indicação" sem fundamentação.

18. Modelos prontos de resposta do regulador

SITUAÇÃO	TEXTO SUGERIDO
Complementação de dados	Solicitação devolvida para complementação. Favor informar evolução dos sintomas, exame físico pertinente, medicamentos em uso com doses/adesão e resultados dos exames já realizados, para possibilitar aplicação dos critérios de prioridade deste protocolo.
Manejo inicial na APS	Com os dados atualmente descritos, o caso enquadra-se em manejo longitudinal pela APS, sem critério objetivo para consulta especializada neste momento. Orienta-se realizar/otimizar o manejo inicial previsto no protocolo e reencaminhar se houver persistência, falha terapêutica documentada, surgimento de sinais de alarme ou outro critério de encaminhamento.
Pedido a pedido do paciente	A justificativa "a pedido do paciente", isoladamente, não permite caracterizar indicação clínica ou prioridade. Favor descrever a condição clínica que motiva o encaminhamento, exame físico, manejo já realizado e exames pertinentes.
Suspeita de urgência	Os dados descritos sugerem condição que não deve aguardar fila ambulatorial eletiva. Orienta-se avaliação imediata na rede de urgência/emergência conforme fluxo municipal.
Reclassificação de prioridade	Solicitação aceita, com prioridade ajustada conforme critérios clínicos do protocolo e informações apresentadas no encaminhamento.

19. Checklist rápido antes de enviar à Regulação

☐Existe critério objetivo para Cardiologia?

☐É caso eletivo?

☐Sintomas e tempo de evolução estão descritos?

☐Exame físico cardiovascular está registrado?

☐Medicamentos, doses e adesão estão informados?

☐Manejo inicial foi realizado quando indicado?

☐ECG e exames pertinentes disponíveis foram informados?

☐Há sinais de alarme?

☐É possível classificar P0/P1/P2/P3/APS com o texto enviado?

20. Referências e hierarquia técnica utilizada

1. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolos para encaminhamento eletivo da Atenção Primária à Saúde para a Atenção Ambulatorial Especializada: Cardiologia. 1ª ed. Curitiba: SESA, 2026. Aprovado pela Deliberação CIB/PR nº 295/2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Repositório de Protocolos de Acesso – Cardiologia. Atualização 2026.
3. RIO GRANDE DO SUL / UFRGS / TelessaúdeRS. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Cardiologia Adulto (RegulaSUS).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT de Hipertensão Arterial Sistêmica. Portaria SECTICS/MS nº 49, de 23/07/2025.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 10/2024, com anexo atualizado em novembro de 2024.

21. Pontos que exigem validação local antes da publicação

- Serviço de referência e forma de acesso à Cardiologia na região.
- Disponibilidade municipal/regional de ECG, ecocardiograma, MAPA, Holter, teste ergométrico e demais exames.
- Prazos operacionais desejados para P1 e P2, se o município decidir formalizá-los.
- Fluxo local de urgência/emergência e referência hospitalar.
- Fluxo de risco cirúrgico e eventuais exigências administrativas locais.
- Critérios de retorno/contrarreferência e acompanhamento compartilhado.
- Regras locais sobre quais profissionais podem solicitar exames cardiológicos específicos.

STATUS DO DOCUMENTO
Versão técnica ampliada para discussão e validação pela Secretaria Municipal de Saúde. As regras estaduais de 2026 foram usadas como referência prioritária por serem diretamente aplicáveis ao contexto do Paraná; adaptações municipais devem ser formalmente aprovadas antes de publicação como norma local.