

**PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO  
CONSULTA EM CARDIOLOGIA EM ADULTO – TCGA  
AGOSTO 2022**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

- Arritmias
- Endovascular – TCGA
- Consulta de avaliação para implante de CDI / ressincronizador - TCGA
- Marca-passo – TCGA
- Hemodinâmica – TCGA
- Pré-transplante cardíaco\*
- Distúrbios de ritmo cardíaco
- Distúrbios de ritmo cardíaco - bradiarritmias
- Distúrbios de ritmo cardíaco - taquiarritmias

\* Serviço indisponível no ICSC: em casos onde a triagem pré-transplante é indicada, os pacientes são encaminhados para o ambulatório específico do Hospital Santa Isabel em Blumenau/SC.

Obs.: Favor atentar abaixo para a descrição de cada patologia elencada que configura acesso para consulta em cardiologia TCGA (Alta Complexidade).

**PROTOCOLO DE ACESSO - ARRITMIAS- TCGA**

**INDICAÇÕES:**

- Pacientes com arritmias associadas à insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana;
- Síncope de provável etiologia cardíaca. Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação. Pacientes com pré-excitação ventricular, TVNS ou QT longo ou curto ou síndrome de Brugada.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos Cardiologistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

**VERMELHO**

Pacientes com arritmias associadas à insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana.

**AMARELO**

Síncope de provável etiologia cardíaca. Fibrilação atrial ou

	Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação. Pacientes com pré-excitação ventricular, TVNS ou QT longo ou curto ou síndrome de Brugada.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO - ENDOVASCULAR - TCGA</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença arterial periférica crônica</li> <li>• Aneurismas (aorta, ilíaca, periférica, viscerais)</li> <li>• Doenças carotídeas</li> <li>• Estenose da artéria renal</li> <li>• Estenose de artéria mesentérica superior</li> <li>• Malformação arteriovenosa (MAV) adulto</li> </ul>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas, cirurgião vascular, cirurgião geral, urologista, hematologista.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Aneurisma, Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), estenoses arteriais bilaterais, gestantes
<b>AMARELO</b>	Estenose carotídea, Estenose da artéria renal, Estenose de artéria mesentérica superior, Malformação arteriovenosa (MAV) adulto
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO - CONSULTA DE AVALIACAO PARA IMPLANTE DE CDI / RESSINCRONIZADOR - TCGA</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% e ritmo sinusal e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e QRS <math>\geq</math> 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% e ritmo sinusal e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.</li> <li>• Paciente com insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal (ICFER) que está com indicação de receber marca-passo definitivo devido a BAVT.</li> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% em FA e morfologia de BRE e QRS <math>\geq</math> 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.</li> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% em FA e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.</li> <li>• Paciente que ao invés de BRE tem bloqueio de ramo direito (BRD) e o QRS é <math>&gt;160</math> ms</li> <li>• Paciente que já tem marca-passo comandando o ritmo e que está com piora dos sintomas apesar de terapêutica otimizada. (pode-se considerar então em fazer um upgrade do dispositivo de um marca-passo comum para um ressinchronizador) para CDI</li> <li>• Sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível</li> <li>• Taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural;</li> <li>• Síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular</li> <li>• Prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: 1- FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; 2- FE menor ou igual a 30% e classe funcional I; 3- FE menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico.</li> <li>• Prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III;</li> <li>• Prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica</li> </ul>
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>

<b>VERMELHO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% e ritmo sinusal e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo e QRS <math>\geq</math> 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada,</li> <li>• Sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível,</li> <li>• Taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural</li> </ul>
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% e ritmo sinusal e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada,</li> <li>• Paciente com ICFER que está com indicação de receber marca-passo definitivo devido a BAVT;</li> <li>• Síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular;</li> <li>• Prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: 1- FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; 2- FE menor ou igual a 30% e classe funcional I; 3- FE menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico;</li> <li>• Prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica)</li> </ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente que ao invés de BRE tem BRD e o QRS é <math>&gt;160</math> ms</li> <li>• Paciente que já tem marca-passo comandando o ritmo e que está com piora dos sintomas apesar de terapêutica otimizada. (pode-se considerar então em fazer um upgrade do dispositivo de um marca-passo comum para um ressincronizador)</li> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% em FA e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo e QRS <math>\geq</math> 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada</li> <li>• Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% em FA e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada</li> </ul>
<b>AZUL</b>	

PROTOCOLO DE ACESSO - MARCAPASSO - TCGA	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II.</li> <li>Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui.</li> </ul>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>Achados do exame físico;</li> <li>Descrição de comorbidades;</li> <li>Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II
<b>AMARELO</b>	Doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

PROTOCOLO DE ACESSO - HEMODINAMICA - TCGA	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Angioplastia coronariana (após avaliação cardiológica)</li> <li>Oclusão percutânea de comunicação interatrial (após avaliação cardiológica)</li> <li>Oclusão percutânea de forame oval patente (após avaliação cardiológica)</li> <li>Implante percutâneo de valva aórtica (após avaliação cardiológica)</li> <li>Plastia mitral (após avaliação cardiológica)</li> <li>Indicação alcoolização septal percutânea</li> <li>Oclusão percutânea de comunicação interventricular (CIV)</li> <li>Oclusão percutânea de persistência do canal arterial (PCA)</li> <li>Correção de coarctação de aorta</li> </ul> <p><b>Obs: pacientes com instabilidade elétrica, isquêmica ou mecânica devem procurar a emergência hospitalar.</b></p>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angioplastia coronariana (após avaliação cardiológica)</li> <li>- Oclusão percutânea de comunicação interatrial (após avaliação cardiológica)</li> <li>- Oclusão percutânea de forame oval patente (após avaliação cardiológica)</li> <li>- Implante percutâneo de valva aórtica (após avaliação cardiológica)</li> <li>- Plastia mitral (após avaliação cardiológica)</li> </ul>
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ELETROFISIOLOGIA- DISTÚRBIOS DE RITMO CARDÍACO</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco: Bloqueio Atrioventricular, Fibrilação Atrial com bradicardia, Doença do Nó Sinusal; que tenham indicação para implante de marca-passo conforme avaliação do cardiologista clínico.</li> </ul> <p>Obs.: Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda do paciente (insuficiência cardíaca descompensada: congestão pulmonar, edema agudo de pulmão ou sinais de baixo débito cardíaco) deverão ser encaminhados à emergência médica.</p>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento.</li> <li>• Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, Cateterismo Cardíaco, ECG, Holter 24h, RX de tórax, laboratório.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	

<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II com síncope; Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo I com síncope, fibrilação atrial com bradicardia e sinais de baixo débito
<b>AMARELO</b>	Doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ELETROFISIOLOGIA- DISTÚRBIOS DE RITMO CARDÍACO - BRADIARRITMIAS</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<p>- Encaminhar pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco: Bloqueio Atrioventricular, Fibrilação Atrial com bradicardia, Doença do Nó Sinusal; que tenham indicação para implante de marca-passo conforme avaliação do cardiologista clínico.</p> <p>OBS: Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda do paciente (insuficiência cardíaca descompensada: congestão pulmonar, edema agudo de pulmão ou sinais de baixo débito cardíaco) deverão ser encaminhados à emergência médica.</p>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<p>- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento.</p> <p>- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, Cateterismo Cardíaco, ECG, Holter 24h, RX de tórax, laboratório.</p>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Bloqueio Atrioventricular de 3º grau (BAVT) e Bloqueio Atrioventricular de 2º grau tipo II.
<b>AMARELO</b>	Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui
<b>VERDE</b>	Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo I
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ELETROFISIOLOGIA- DISTÚRBIOS DE RITMO CARDÍACO - TAQUIARRITMIAS</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
- Encaminhar pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco: TPSV (taquicardia supraventricular); TV (taquicardia ventricular), Fibrilação/Flutter Atrial; que tenham indicação para EEF ou ablação conforme avaliação do cardiologista clínico.	
<b>ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR:</b>	
Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda do paciente (insuficiência cardíaca descompensada: congestão pulmonar, edema agudo de pulmão ou sinais de baixo débito cardíaco).	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento.	
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): <b>Ecocardiograma, Cateterismo Cardíaco, ECG, Holter 24h</b> , RX de tórax, laboratório.	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	TSVP não responsivas a tratamento clinico-medicamentoso; ablação prévia e apresentando ao Holter episódio de TSV/TV e QTC prolongado; Indução de taquiarritmia pelo estudo eletrofisiológico na suspeita de síncope de origem arritmica, após descartada as causas mais comuns como a vasovagal
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	



## CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO

<b>VERMELHO</b>	Pacientes com arritmias associadas à insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana, Aneurisma, Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), estenoses arteriais bilaterais, gestantes; Pacientes com FE $\leq$ 35% e ritmo sinusal e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo e QRS $\geq$ 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada, Sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível, Taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural; Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II; Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II com síncope; Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo I com síncope, fibrilação atrial com bradicardia e sinais de baixo débito
<b>AMARELO</b>	Síncope de provável etiologia cardíaca. Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação. Pacientes com pré-excitação ventricular, TVNS ou QT longo ou curto ou síndrome de Brugada; Estenose carotídea, Estenose da artéria renal, Estenose de artéria mesentérica superior, Malformação arteriovenosa (MAV) adulto; Pacientes com FE $\leq$ 35% e ritmo sinusal e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada, Paciente com ICFER que está com indicação de receber marca-passo definitivo devido a BAVT; Síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular; Prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: 1- FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; 2- FE menor ou igual a 30% e classe funcional I; 3- FE menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico; Prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia

	<p>geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica); Doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui; Angioplastia coronariana (após avaliação cardiológica) Oclusão percutânea de comunicação interatrial (após avaliação cardiológica), Oclusão percutânea de forame oval patente (após avaliação cardiológica), Implante percutâneo de valva aórtica (após avaliação cardiológica), Plastia mitral (após avaliação cardiológica); Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui; TSVP não responsivas a tratamento clínico-medicamentoso; ablação prévia e apresentando ao Holter episódio de TSV/TV e QTC prolongado; Indução de taquiarritmia pelo estudo eletrofisiológico na suspeita de síncope de origem arritmica, após descartada as causas mais comuns como a vasovagal</p>
<b>VERDE</b>	<p>Paciente que ao invés de BRE tem BRD e o QRS é &gt;160 ms, Paciente que já tem marca-passo comandando o ritmo e que está com piora dos sintomas apesar de terapêutica otimizada. (pode-se considerar então em fazer um upgrade do dispositivo de um marca-passo comum para um ressinchronizador), Pacientes com FE ≤ 35% em FA e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo e QRS ≥ 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada, Pacientes com FE ≤ 35% em FA e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada; Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo I</p>
<b>AZUL</b>	

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 22 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2)
- Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-987.
- Diretriz de Doença Coronária Estável da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.2): 1-59.
- Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) SBC-AMB SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS - SOBRAC/SBC DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL – DECA/SBCCV: Martinelli Filho M, Zimerman LI, Lorga AM, Vasconcelos JTM, Rassi A Jr. Guidelines for Implantable Electronic Cardiac Devices of the Brazilian Society of Cardiology. Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e210-e238.
- Diretriz Brasileira De Valvopatias – SBC 2011 | Diretriz Interamericana de Valvopatias – SIAC 2011. Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CRM, Barbosa MM, Barbosa GV et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arq Bras Cardiol 2011; 97(5 supl. 1): 1-67
- Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. [http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo\\_de\\_regulacao\\_medica-versao\\_5.pdf](http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf)
- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_acesso\\_ambulatorial\\_consulta\\_especializada.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf)
- Protocolos da Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015. <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>
- Terceira Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco, disponível no link <https://www.scielo.br/jj/abc/a/MqFZwqWW8jy9bQWKJsHSHNn/?lang=pt>
- Protocolo Transplante Cardíaco Hospital de Clínicas da UNICAMP, disponível no link [https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/tx\\_cardiaco.pdf](https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/tx_cardiaco.pdf)
- Revisão Transplante Cardíaco <https://journal.einstein.br/pt-br/article/transplante-cardiocrevisao/>

**COLABORADORES:**

- Dra. Josiane de Souza, médica cardiologista, chefia do ambulatório do ICSC- CRM/SC 12810
- Dr. Guilherme Loureiro Fialho - Médico Regulador- GERAM- CRM/SC 9014
- Dra. Susana Yara Bortolon - Médica Reguladora- GERAM- CRM/SC 5816
- Dra. Ivy Zortea da Silva Parise – Coordenadora Médica - GERAM - CRM/SC 15.016
- Dra. Telma Erotides da Silva - Coordenadora Médica - GERAM - CRM/SC 8.316
- Grace Ella Berenhauser- Gerente de Regulação Ambulatorial - GERAM
- Claudia Ribeiro de Araújo Gonsalves - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação- SUR.