

**PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO
CONSULTA EM CARDIOLOGIA EM ADULTO (MÉDIA COMPLEXIDADE)
NOVEMBRO 2023**

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva e Miocardites;
- Doença Arterial Coronariana (DAC);
- Sopros/Valvulopatias estabelecidas;
- Arritmias;
- Dor Torácica e Precordialgia
- Pré-operatório/ avaliação de risco cirúrgico
- Suspeita de doenças infiltrativas cardíacas (Amiloidose, etc...)
- Manifestações cardíacas de doenças auto-imunes
- Avaliação cardiológica para populações acima de 45 anos com fatores de risco não compensados na atenção básica
- Avaliação para atividade física em grupos específicos
- Hipertensão pulmonar

SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:

- Avaliação para atividade física, exceto nos grupos específicos deste protocolo.
- HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas.

ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR:

- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada
- Insuficiência respiratória ou sinais de baixo débito
- Angina instável ou suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
- Alterações do ritmo com sinais de instabilidade hemodinâmica

PROTOCOLO DE ACESSO - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

INDICAÇÕES:

- Pacientes com Hipertensão Arterial Resistente (HAR): quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três fármacos anti-hipertensivos com ações sinérgicas, em doses máximas preconizadas e toleradas, sendo um deles preferencialmente um diurético.
- Hipertensão arterial de difícil controle com suspeita de lesão em órgão alvo.
- HAS associada a alterações em órgãos-alvo ou Hipertensão associada à comorbidades (compensadas ou descompensadas) tais como: ICC, doença vascular periférica, doença cerebrovascular, coronariopatias, Insuficiência Renal Crônica (IRC) .
- Pacientes que necessitam de investigação para casos suspeitos de HAS secundária (Nos adultos os dados mais recentes colocam a Síndrome da Apnéia

Obstrutiva do Sono (SAOS) como uma das mais importantes. Destacam-se ainda o hiperaldosteronismo, os transtornos da tireóide, e raramente hipercortisolismo (Cushing e feocromocitoma).

OBS: Pacientes com HAS de diagnóstico recente, leve, sem complicações ou doenças associadas deverão ser acompanhados pelo clínico em Unidade Básica de Saúde.

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;
- Descrição o laudo de exames já realizados (com data do exame): ECG, ecocardiograma, MAPA.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Hipertensão resistente associada a comorbidades descompensadas tais como: ICC, doença vascular periférica, doença cerebrovascular, coronariopatias, IRC.
AMARELO	Hipertensão resistente associada à comorbidades compensadas.
VERDE	Hipertensão arterial de difícil controle com comprovada lesão em órgão alvo, investigação para casos suspeitos de HAS secundária.
AZUL	Hipertensão associada a comorbidades compensadas.

PROTOCOLO DE ACESSO - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) E MIOCARDITES

INDICAÇÕES:

- ICC de difícil controle (em uso de medicação plena: Betabloqueador dose plena, Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores de receptores da angiotensina (BRA) dose plena tolerável, Diurético dose tolerável com manutenção de classe funcional II, III tanto pela história clínica como pelo exame físico.)

<ul style="list-style-type: none"> • Doenças associadas que possam promover/manter a descompensação (HAS, coronariopatias, arritmias, valvopatias) - obedecidos os critérios de tratamento pleno acima. • Miocardite. <p>OBS: Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda do paciente (insuficiência respiratória ou sinais de baixo débito) deverão ser encaminhados ao Serviço de Emergência.</p>	
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • Transcrição do laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG, RX de tórax, laboratório. 	
PROFISSIONAIS SOLICITANTES:	
<ul style="list-style-type: none"> • Médicos da Atenção Básica e Especialistas. 	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	ICC de difícil controle
AMARELO	ICC com doenças associadas que possam promover a descompensação (HAS, coronariopatias, arritmias, valvopatia)
VERDE	Miocardite - acompanhamento
AZUL	Demais casos

PROTOCOLO DE ACESSO - DOR TORÁCICA E PRECORDIALGIA	
INDICAÇÕES:	
<ul style="list-style-type: none"> • Dor torácica/precordial sugestivas de angina pectoris. <p>OBS: Casos de angina instável ou suspeita de IAM requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.</p>	
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:	
<p>- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, caracterizar se a dor é típica ou atípica, localização, irradiação, duração, fatores de alívio e agravamento, descrever a presença ou não de DM, insuficiência renal, obesidade, dislipidemia, tabagismo.</p>	

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG, teste ergométrico, cintilografia, cateterismo.	
PROFISSIONAIS SOLICITANTES:	
• Médicos da Atenção Básica e especialistas.	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	
AMARELO	Dor com características de angina estável
VERDE	Dor torácica a esclarecer
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC)	
INDICAÇÕES:	
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com os diagnósticos abaixo, que estão estáveis ou necessitam de avaliação e/ou exames para definir necessidade de encaminhamento para a alta complexidade: <ul style="list-style-type: none"> - Pós infarto agudo do miocárdio (IAM) - Pós revascularização do miocárdio ou angioplastia - Angina com mudança do padrão (aumento de frequência, redução do limiar) - Angina estável + comorbidades descompensadas (HAS, arritmias, valvopatias) <p>*Pós infarto agudo do miocárdio (IAM): que foram completamente revascularizados, estejam evoluindo assintomáticos há mais de 1 ano, que demandam apenas o controle de fatores de risco, devem ficar na atenção básica.</p> <p>OBS: Casos de angina instável ou suspeita de IAM requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.</p>	
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): enzimas cardíacas, Ecocardiograma, ECG, teste ergométrico, cintilografia, cateterismo. 	
PROFISSIONAIS SOLICITANTES:	
• Médicos da Atenção Básica e Especialistas.	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	Angina com mudança do padrão (aumento de frequência, redução do limiar) ou de início recente, Angina estável + comorbidades descompensadas (HAS, arritmias, valvopatias)
AMARELO	Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia, estáveis, para reavaliação e ajuste do tratamento medicamentoso. Angina estável.
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO - VALVULOPATIAS ESTABELECIDAS	
INDICAÇÕES:	
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com valvulopatias estabelecidas (ecocardiograma) com sinais clínicos de descompensação associada. • Pacientes com valvulopatias estabelecidas (ecocardiograma), assintomático, mas com suspeita de sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração. 	
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>. Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, ECG, Ecocardiograma.</p>	
PROFISSIONAIS SOLICITANTES:	
<ul style="list-style-type: none"> • Médicos da Atenção Básica e especialistas. 	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	valvulopatias estabelecidas associadas a sinais clínicos de descompensação.
AMARELO	valvulopatias estabelecidas, assintomáticos, mas com suspeita de sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração. Pacientes com valvulopatia e sintomas leves a moderados (dispneia aos esforços maiores, angina estável, palpitações bem toleradas)
VERDE	Assintomáticos.
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO - ARRITMIAS

INDICAÇÕES:

- Alterações do ritmo cardíaco observadas na avaliação clínica ou documentadas por exame, tais como: palpitações paroxísticas, bloqueios atrioventriculares de II grau ou maior, FA/flutter atrial, extrassistolia ventricular ou supraventricular frequentes, taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), sinais de pré-excitação ventricular ou QT longo ou curto ou Síndrome de Brugada. Especial atenção para casos onde os achados estejam associados à cardiopatia estrutural conhecida ou suspeita.
- Extrassistolia frequente em geral e sintomática
- Síncope ou pré-síncope de provável etiologia cardíaca*.
- Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação.

- *Síncope ou pré-síncope precedida de palpitações (episódios repetitivos, após excluídas causas como anemia, distúrbio metabólico e distúrbio ventilatório).

OBS: Alterações do ritmo com sinais de instabilidade hemodinâmica devem ser encaminhados à uma emergência hospitalar.

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.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, ECG, holter, teste ergométrico, cintilografia do miocárdio, laboratório, ecocardiograma.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

Pacientes com arritmias associadas à insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana. Investigação de tromboembolismo recente de provável etiologia cardíaca.

AMARELO

Síncope de provável etiologia cardíaca.
Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação.

	Sinais de pré-excitação ventricular ou QT longo ou curto ou Síndrome de Brugada, taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), BAV 2º grau ou maior. Arritmias sintomáticas.
VERDE	Extrassístolia ventricular ou supraventricular frequentes e sintomáticas.
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERTENSÃO PULMONAR
INDICAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO:
<ul style="list-style-type: none"> ● Dispnéia, redução da tolerância ao exercício, palpitações, dor torácica semelhante à angina de peito ● Síncope ou pré-síncope ● Fenômeno de Raynaud , edema de MMIIIs ● Sinais de Insuficiência Ventricular Direita: edema de MMIIIs, estase jugular, diminuição pulso carotídeo, sopro de insuficiência tricúspide e pulmonar, presença de B4. ● Formas avançadas da doença: hepatomegalia, ascite, cianose importante, sinais de baixo débito. ● Distúrbios ventilatórios e metabólicos ● Distúrbios do ritmo cardíaco
CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO PULMONAR:
<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Idiopática 1.2. Familiar 1.3. Relacionada a DTC, CCg, H portal, HIV, drogas, toxinas e outras 1.4. HAP com significativo envolvimento venoso e/ou capilar 1.5. Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido <p>2. Hipertensão Pulmonar por doença do coração esquerdo</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Doença cardíaca atrial ou ventricular esquerda 2.2. Valvulopatia <p>3. Hipertensão Pulmonar por doença pulmonar e/ou hipóxia</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Doença pulmonar obstrutiva crônica 3.2. Doença pulmonar intersticial 3.3. Distúrbios durante o sono, hipoventilação alveolar, exposição crônica a grandes altitudes 3.4. Anormalidades do desenvolvimento <p>4. Hipertensão Pulmonar por doença tromboótica e/ou embólica crônica</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Obstrução tromboembólica das artérias pulmonares proximais 4.2. Obstrução tromboembólica das artérias pulmonares distais 4.3. Embolia pulmonar de origem tumoral, parasitas, corpo estranho

5. Miscelânea

5.1. Sarcoidose, histiocitose, linfangiomatose, compressão de vasos pulmonares.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- Descrição do quadro clínico do paciente, com achados importantes do exame clínico
- Descrição de comorbidades pré-existentes
- Medicamentos usados pelo paciente
- Histórico de doenças infecto-contagiosas/ infiltrativas/ auto-imunes
- Laudos de exames já realizados (ECG, Rx de tórax, ecocardiograma demonstrando alterações descritas e probabilidade elevada de HAP, bem como exames direcionados de laboratório)

Obs: Classificação Etiológica da HP (acima)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	
AMARELO	suspeita clínica de HAP com comprovação por Ecocardiograma (ECO) ou probabilidade elevada de HAP pelo ECO
VERDE	
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO - PRÉ-OPERATÓRIO/ AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

INDICAÇÕES:

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pacientes em que há evidências de cardiopatia com indicação cirúrgica eletiva de risco moderado a alto.

Extratificação de risco cardíaco para procedimentos não cardíacos

Alto (Risco cardíaco \geq 5,0%)
Cirurgias vasculares (aórtica, grandes vasos, vascular periférica)
Cirurgias de urgência ou emergência
Intermediário (Risco cardíaco \geq 1,0% e $<$ 5,0%)
Endarterectomia de carótida
correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal
Cirurgia de cabeça e pescoço
Cirurgias intraperitoneais e intratorácicas
Cirurgias ortopédicas
Cirurgias prostáticas
Baixo (Risco cardíaco $<$ 1,0%)
Procedimentos endoscópicos
Procedimentos superficiais
Cirurgia de catarata
Cirurgia de mama
Cirurgia ambulatorial

Fonte: Arq Bras Cardiol 2011; 96(3 supl.1): 1-68

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, diagnóstico e tipo de cirurgia a que o paciente será submetido.

- Em pacientes com cardiopatias leves, compensados a serem submetidos a cirurgias de baixo risco, questionar a real necessidade de avaliação especializada dado o baixo percentual de intercorrências perioperatórias significativas, demonstrado na quase totalidade dos estudos clínicos.

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, ECG, laboratório. Se existirem outros exames (Ecocardiograma, cateterismo) levar também.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO	Alto risco (Pacientes com indicação de cirurgia de grande porte e cirurgias oncológicas)
AMARELO	Risco cardíaco intermediário
VERDE	Risco cardíaco baixo
AZUL	

PROTOCOLO DE ACESSO - AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA PARA PESSOAS ACIMA DE 45 ANOS (SEXO MASCULINO) E 50 ANOS (SEXO FEMININO)	
INDICAÇÕES:	
- Pacientes com 2 ou mais fatores de risco cardiovascular com controle inadequado pela atenção básica, apesar de plenamente medicados para a patologia específica. Dados de história, exame físico ou eletrocardiograma sugestivos de cardiopatia estrutural.	
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:	
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, presença de edema ou visceromegalias.	
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, ECG, laboratório.	
PROFISSIONAIS SOLICITANTES:	
<ul style="list-style-type: none"> Médicos da Atenção Básica e especialistas. 	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	Pacientes com fatores de risco não compensados e sintomáticos
AZUL	Demais casos

PROTOCOLO DE ACESSO - AVALIAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA	
INDICAÇÕES:	
<p>- Pacientes acima de 40 anos, sintomáticos (precordialgia, palpitações, pré-síncope, dispneia).</p> <p>- Pacientes acima de 40 anos, assintomáticos, porém com múltiplos fatores de risco, em especial se não compensados na atenção básica, que desejem realizar atividades físicas de alta intensidade (tipo corrida ou atividades competitivas).</p> <p>OBS: Dados de história, exame físico ou eletrocardiograma sugestivos de cardiopatia estrutural devem motivar encaminhamento de rotina.</p>	
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:	
<p>- - É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, presença de edema ou visceromegalias.</p> <p>- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, ECG, laboratório.</p>	
PROFISSIONAIS SOLICITANTES:	
<ul style="list-style-type: none"> • Médicos da Atenção Básica e especialistas. 	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	
AMARELO	
VERDE	Sintomáticos, cardiopatas, múltiplos fatores de risco, HAS e DM descompensados
AZUL	Demais casos

CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
VERMELHO	Hipertensão resistente associada a comorbidades descompensadas tais como: ICC, DVP, doença cerebrovascular, coronariopatias, IRC. ICC de difícil controle. Angina com mudança do padrão (aumento de frequência, redução do limiar) ou de início recente, Angina estável + comorbidades descompensadas (HAS, arritmias, valvopatias). Pacientes com valvopatias com sinais clínicos de descompensação associada. Pacientes com arritmias associadas à insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana. Investigação de tromboembolismo recente de provável etiologia cardíaca. Avaliação pré-operatória em pacientes com indicação de cirurgia de grande porte e cirurgias oncológicas (alto risco)

AMARELO	<p>Hipertensão resistente associada à comorbidades compensadas. ICC com doenças associadas que possam promover a descompensação (HAS, coronariopatias, arritmias, valvopatia). Dor com características de angina estável. Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia, estáveis, para reavaliação e ajuste do tratamento medicamentoso. Angina estável. Pacientes com valvopatias, assintomáticos, mas com suspeita de sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração. Pacientes com valvopatias e sintomas leves a moderados (dispneia aos esforços maiores, angina estável, palpitações bem toleradas). Síncope de provável etiologia cardíaca. Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação. Sinais de pré-excitação ventricular ou QT longo ou curto ou Síndrome de Brugada, taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), BAV 2º grau ou maior. suspeita clínica de HAP com comprovação por Ecocardiograma (ECO) ou probabilidade elevada de HAP pelo ECO. Avaliação pré-operatória risco cardíaco intermediário.</p>
VERDE	<p>Hipertensão arterial de difícil controle com suspeita de lesão em órgão alvo, investigação para casos suspeitos de HAS secundária. Miocardite acompanhamento. Dor torácica a esclarecer. Sopro em pacientes assintomáticos. Extrassistolia ventricular ou supraventricular frequentes. Extrassistolia frequente em geral e sintomática. Avaliação pré-operatória em pacientes com risco cardíaco baixo. Avaliação cardiológica em pacientes com fatores de risco não compensados e sintomáticos. Avaliação para atividade física em pacientes com fatores de risco não compensados e sintomáticos.</p>
AZUL	<p>Hipertensão associada a comorbidades compensadas. Avaliação cardiológica em mulheres acima de 45 anos e homens acima de 50 anos. Avaliação para atividade física.</p>

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 I 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%20de%20regulacao%20medica-versao%205.pdf)

- Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos acesso ambulatorial consulta especializada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos%20acesso%20ambulatorial%20consulta%20especializada.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](http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf)

- Terceira Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco, disponível no link <https://www.scielo.br/j/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

- Revisão Transplante Cardíaco <https://journal.einstein.br/pt-br/article/transplante-cardiacorevisao/>

COLABORADORES:

- Dr. Guilherme Loureiro Fialho - Médico Regulador- GERAM- CRM/SC 9014
- Dra. Susana Yara Bortolon - Médica Reguladora- GERAM- CRM/SC 5816
- Dra. Ivana Daros Coelho - Médica Reguladora- GERAM- CRM/SC 16139
- Dra. Telma Erotides da Silva - Médica Reguladora, GERAM - CRM/SC 8.316
- Dra. Fabiana Impalea Paleari - Médica Reguladora, Cardiologista (RQE: 4775), GERAM - CRM/SC 5.648
- Dr Edilson Alvaro Roma - CRM 8085 - RQE Cardiologia (Registro: 3916) e Cardiologia - Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (Registro: 6143) - Coordenador Médico do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Hans Dieter Schmidt
- . Dra. Ivy Zortea da Silva Parise - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 15.016
- Grace Ella Berenhauser- Gerente de Regulação Ambulatorial - GERAM
- Claudia Ribeiro de Araújo Gonsalves - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação- SUR.