- Realizar a realocação do paciente caso necessário;
- Os pacientes que sofrerem quedas com danos e sem danos deverão ser avaliados pela equipe de enfermagem e médico e, se necessário, encaminhados ao serviço social e psicologia, e, quando necessário, solicitar e encaminhar para a realização de exames;
- Realizar a revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas: avaliar e tratar pacientes que sofreram queda;
- No caso de a queda não assistida pela equipe multiprofissional valorizar o relato do paciente/acompanhantes ou demais pacientes que possam ter presenciado a queda;
- Reavaliar após o episódio de queda, ajustando as medidas preventivas implantadas.

6.1.2 Queda de pacientes externos (sala de espera/recepção, unidades ambulatoriais, unidade de imagens e outros)

- O primeiro atendimento do paciente deverá ser realizado pela equipe médica da unidade ou da unidade mais próxima à ocorrência.
- A equipe médica realizará avaliação do paciente e solicitará exames conforme necessidade e devidos encaminhamentos;
- Registrar no prontuário o ocorrido e as medidas adotadas;
- Caso haja necessidade de atendimento de urgência especializado em traumatologia/ortopedia, deverá ser contactado o NIR.

6.1.3 Registro de queda no prontuário do paciente

- Data e hora da ocorrência da queda;
- Tipo de queda: tropeço, escorregão, desmaio, perda do equilíbrio ou queda da própria altura;

- Qual tipo de condição e envolvimento com a queda: quarto, cama, cadeira, maca, banheiro, equipamento terapêutico/diagnóstico, escada, degraus, se ocorreu durante transporte ou procedimentos;
- Condições em que o paciente se encontrava no momento da queda;
- Se houve danos: descrever quais (escoriações, hematomas, fraturas) e o local anatômico.
- Avaliação da equipe de saúde;
- Conduta adotada: se realizou exames/procedimentos – relatar quais;
- Resposta do paciente frente à conduta.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a adoção de medidas sistemáticas e estratégias de monitoramento, espera-se que a segurança dos pacientes seja aprimorada, minimizando riscos, promovendo um ambiente mais seguro e a redução significativa da incidência de queda entre os pacientes da unidade. A implementação deste protocolo, a capacitação da equipe de saúde para identificar fatores de risco e a aplicação de intervenções personalizadas contribuirão para um atendimento mais eficaz, resultando em uma melhoria na qualidade do atendimento e em maior satisfação dos pacientes e familiares.

A coleta de dados e a análise contínua dos resultados através dos indicadores de monitoramento de queda, nas quais são essenciais para auxiliar no aprimoramento da qualidade da assistência prestada aos pacientes, permitindo a melhoria interna e o monitoramento da qualidade da assistência, com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado de saúde, permitirão ajustes e melhorias constantes no protocolo, garantindo que a UPA se mantenha na vanguarda da segurança do paciente.

Taxa de utilização da identificação do paciente: $\frac{\text{número de conformidade na auditoria de queda de paciente}}{\text{Número de pacientes atendidos na UPA}}$

8. NOTIFICAÇÃO

Todos os incidentes ou quase incidentes (*near miss*) envolvendo a queda de paciente devem ser notificados no Formulário para Identificação de Incidentes e Eventos Adversos através do link https://forms.gle/sez5StAwEnKhAXfu6. O acesso ao aplicativo é online, e o QRcode do link encontra-se disponíveis no painel de informações da unidade e nos setores, assim como os formulários impressos para notificação. Todos os profissionais da instituição podem notificar os incidentes/quase incidentes e terão direito ao anonimato.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025. Brasília (DF): Anvisa, 2021.

2. BRASIL Ministério da Saúde. Portaria N. 529, de 1º de abril De 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF); 2013 [acessado em 12/04/2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Diretriz Ebserh para monitoramento e avaliação em segurança do paciente: gestão voltada para resultados efetivos e seguros. Brasília (DF), 2016.

4. Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

5. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Can J Aging 1989; 8:366-7.

10. ANEXOS

Anexo A – Escala de risco de quedas de Morse

ESCALA DE RISCO DE QUEDA DE MORSE

Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: ( ) F ( ) M	Data de avaliação:
Unidade:	Enf. Leito.	Nº prontuário:
Está acompanhado: ( ) N ( ) S	Nome:	
Observações:		

Parâmetros	**Pontuação**
1. Histórico de queda	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum / acamado / auxiliado por profissional da saúde	0
Muletas / bengala / andador	15
Mobiliário / parede	30
4. Terapia endovenosa / cateter venoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal / sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida / cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado / consciente quanto à sua capacidade ou limitação	0
Superestima capacidade / esquece limitações	15
TOTAL:	

Nível de Risco	**Escore**	**Ação**
Risco baixo	0-24	Implementar precauções contra quedas
Risco médio	25-44	Implementar precauções contra quedas
Risco alto	≥45	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de queda

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM	**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**
( ) Deambular somente com auxilio do familiar ou profissional de enfermagem;	( ) Sinalizar o risco de queda na placa de comunicação segura à beira leito;
( ) Deambular em ambiente sem obstáculos e iluminado;	( ) Realizar a prescrição de medidas preventivas no prontuário;
( ) Manter próximo um calçado seguro;	( ) Manter o ambiente de enfermaria organizado, iluminado e livre de obstáculos,
( ) Manter as grades de proteção do leito elevadas;	( ) Outras:
( ) Levantar do leito de forma gradual: elevar a cabeceira 30º, sentar com os pés apoiados ao chão por 5 minutos antes de sair da cama.	
Nome do profissional / carimbo:	**Data:**

Anexo B – Escala de Risco para quedas de Humpty e Dumpty

ESCALA DE RISCO PARA QUEDAS DE HUMPTY DUMPTY: PEDIATRIA

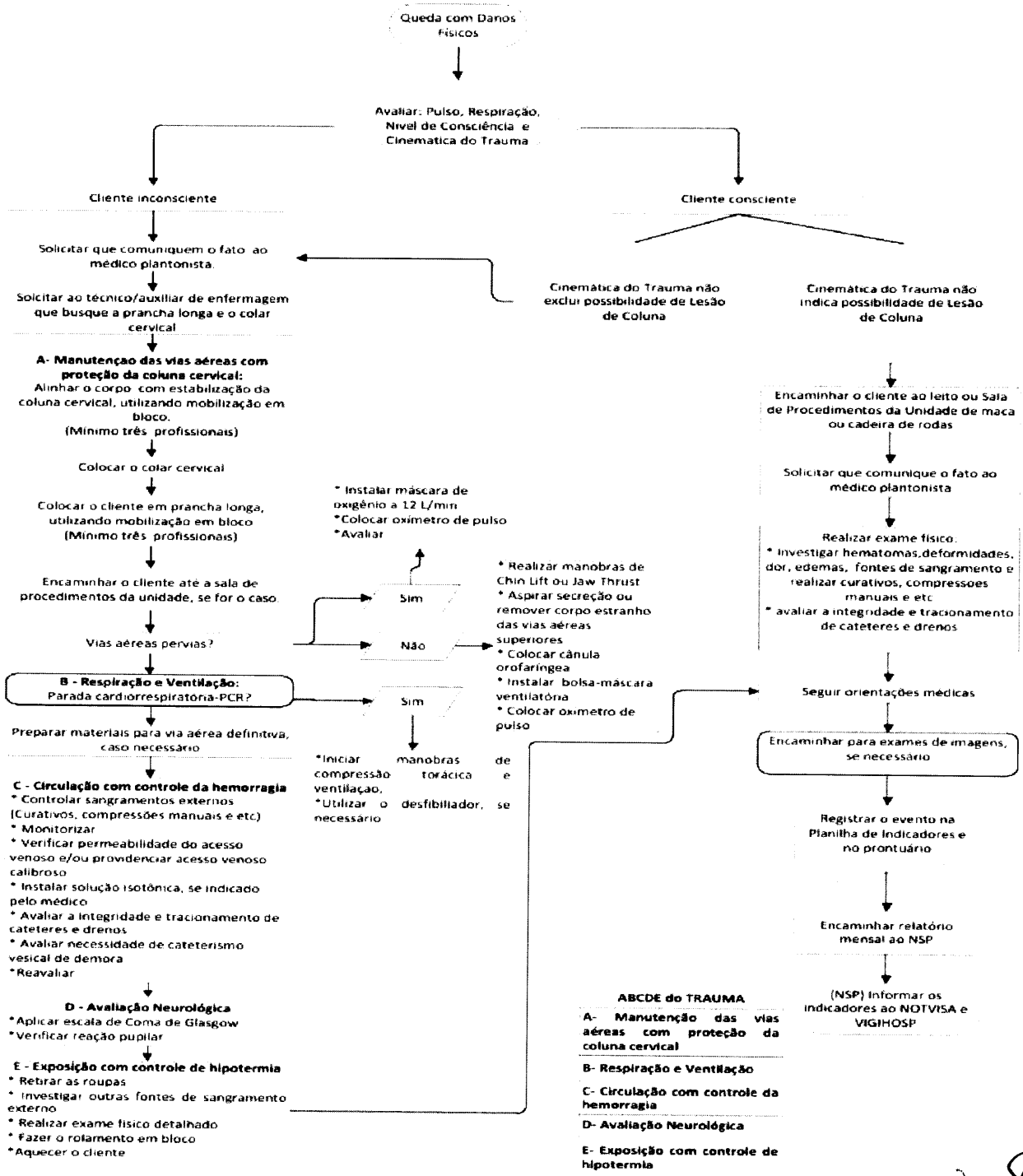
Nome:		
Data de nascimento:	Sexo: ( ) F ( ) M	Data de avaliação:
Unidade:	Enf. Leito:	Nº prontuário:
Está acompanhado: ( ) N ( ) S	Nome:	
Observações:		

Parâmetros	Critérios	Pontuação
Idade	Menos de 03 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	Mais de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da oxigenação (diagnóstico respiratorio, desidratação, anorexia, anemia, sincope/tonturas)	3
	Transtornos psiquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores Ambientais	História de quedas / Bebê em cama	4
	Criança com aparelhos auxiliares de marcha / bebê em berço / quarto com muito equipamento / quarto com fraca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	Um (1) dos medicamentos acima mencionado	2
	Outros medicamentos / nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Orientado de acordo com as suas capacidades	1
Cirurgia / Anestesia / Anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas / nenhum	1
TOTAL:		

Nível de Risco	Escore	Ação
Risco baixo	7-11	Implementar precauções contra quedas
Risco alto	12-23	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de queda

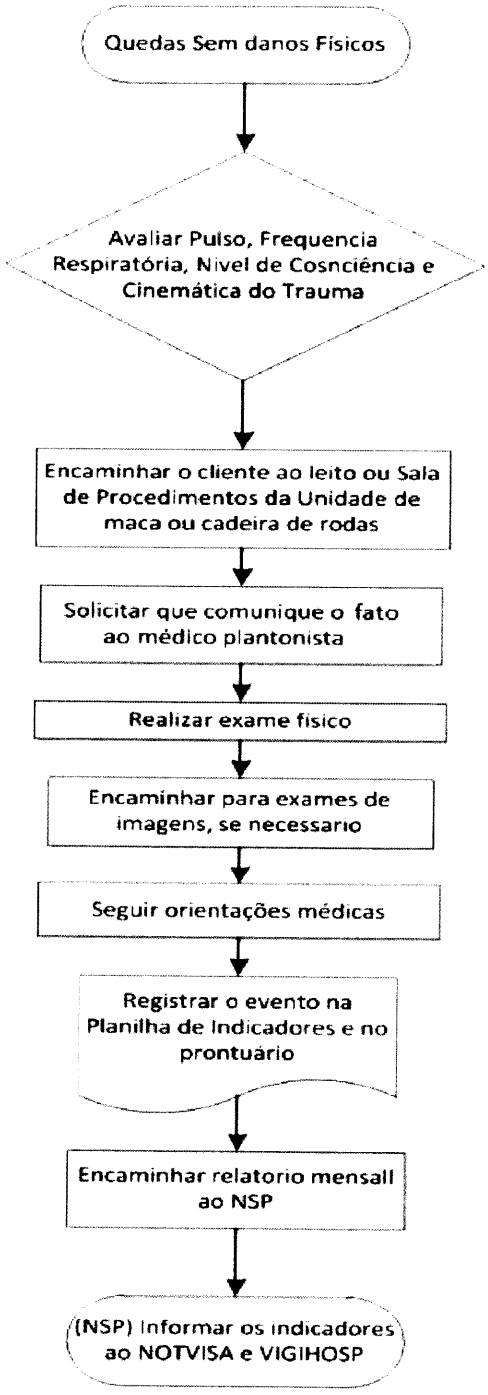
ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
( ) Deambular somente com auxílio do responsável ou profissional de enfermagem;	( ) Sinalizar o risco de queda na placa de comunicação segura à beira leito;
( ) Deambular em ambiente sem obstáculos e iluminado,	( ) Realizar a prescrição de medidas preventivas no prontuário;
( ) Manter próximo um calçado seguro,	( ) Manter o ambiente de enfermaria organizado, iluminado e livre de obstáculos;
( ) Manter objetos pessoas próximos ao leito;	( ) Outras:
( ) Manter as grades de proteção do leito elevadas;	
( ) Levantar do leito de forma gradual: elevar a cabeceira 30º, sentar com os pés apoiados ao chão por 5 minutos antes de sair da cama.	
Nome do profissional / carimbo:	**Data:**

Anexo C – Fluxograma 1: Atendimento imediato na queda com danos



Fonte: Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Hospital de Clínicas. EBSERH. 2023.

Anexo D – Fluxograma 2: Atendimento imediato na queda sem danos



Fonte: Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Hospital de Clínicas. EBSERH. 2023.

Anexo D – Termo de ciência de risco de queda

TERMO DE CIÊNCIA DE RISCO DE QUEDA

Eu, _____

portador do RG nº_____**Data de nascimento**_____.

( ) Paciente

( ) Acompanhante do paciente_____

(nome do paciente)

( ) Cuidador/Acompanhante do paciente_____

(nome do paciente)

Declaro que estou ciente quanto ao risco de queda, recebi as orientações para preveni-la e me comprometo a seguir as instruções recebidas pelo profissional.

_____

Assinatura (orientado)

_____

Orientador (nome e carimbo)

Data:_____

Anexo E – Formulário de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

"Entende-se por incidente um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde"

CLASSIFICAÇÃO DE INCIDENTES

- Quase falha: o incidente não atingiu o paciente;
- Incidente sem dano: evento que atingiu o paciente, mas não causou dano;
- Incidente com dano ou Evento Adverso: incidente que resulta dano ao paciente.

É IMPORTANTE A NOTIFICAÇÃO DE TODOS OS TIPOS DE INCIDENTES

Como acessar?

ATRAVÉS DO QRcode:

OU ATRAVÉS DO LINK:

https://forms.gle/c8Fc7jNtCKr6us9B7

OBJETIVOS

- Facilitar as notificações de incidentes;
- Tornar a notificação mais rápida e direcionada aos processos institucionais;
- Proporcionar segurança ao paciente e ao colaborador.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM MOVIMENTO

SINOP PREFEITURA

11. FLUXO DE APROVAÇÃO

ETAPA	NOME	FUNÇÃO
Elaboração	**Ana Rúbia Pereira**	Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Saúde
	Emanuela Cicotte	Enfermeira do Núcleo de Educação Permanente
	Gesiely Gimenes dos Santos Vidal	Enfermeira Responsável Técnica Policlínica
Análise Crítica	**Jhenifer de Paula Matos**	Enfermeira Responsável Técnica UPA 24h
Aprovação	**Izabela Dos Santos Lavagnini**	**Gerente Assistencial**

12. HISTÓRICO DE REVISÕES

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DAS ALTERAÇÕES
00	00/00/00	Revisão XXXX

Emanuela Cicotte
Enfermeira
341.807 COREN-MT

Gesiely Gimenes dos S. Vidal
Enf. RT Policlínica Menino Jesus
COREN-MT 526.256-ENF

Izabela dos Santos Lavagnini
Gerente Assistencial
Coren/MT 413.451
Associação Saúde em Movimento
CNPJ/MF 27.324.279/0001-15

Jhenifer de Paula Matos
Enfermeira Resp. Técnica
COREN-MT 336374
UPA 24h - Drª Anete Maria Mota Maria
Associação Saúde em Movimento
CNPJ/MF 27.324 279/0001-15
Enfª Responsável Técnica
UPA 24H Drª Anete Maria Mota Maria

Ana Rúbia Pereira de Souza
COREN-MT 652484
Enfermeira SCIRAS - UPA 24h

ANEXO XVIII

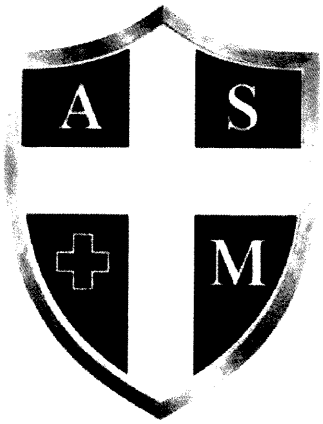
Protocolo institucional de Articulação com a Rede de Atenção à Saúde

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Articulação Rede Atenção à Saúde RAS

1. OBJETIVO

Padronizar os mecanismos de referência, contrarreferência e comunicação entre as unidades geridas pela Associação Saúde em Movimento (ASM) e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado na transição do usuário entre os níveis de atenção, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos profissionais envolvidos em encaminhamentos e referenciamentos — recepção, enfermagem, equipe médica, equipe multiprofissional (NASF-AB/eMulti), serviço social e regulação — nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais pontos de atenção geridos pela ASM. Abrange a articulação com a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada, a Urgência e Emergência, a atenção hospitalar, a atenção domiciliar, a assistência farmacêutica, a saúde mental, a vigilância em saúde e os serviços de apoio diagnóstico, sempre por meio dos mecanismos de regulação vigentes na região de saúde.

3. DEFINIÇÃO

Rede de Atenção à Saúde (RAS): arranjo organizativo de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que busca garantir a integralidade do cuidado, conforme a Portaria GM/MS nº 4.279/2010.

Referência: encaminhamento formal do usuário de um ponto de atenção de menor para o de maior densidade tecnológica, quando a necessidade de saúde identificada exceder a capacidade resolutiva do ponto de origem.

Contrarreferência: retorno formal de informações sobre o usuário ao ponto de atenção de origem, após avaliação ou tratamento realizado no ponto de atenção para o qual foi referenciado, assegurando a continuidade do cuidado.

Regulação em saúde: conjunto de mecanismos que organizam e ordenam o acesso do usuário aos serviços de saúde, garantindo o direcionamento à unidade com capacidade de atendimento adequada à sua necessidade.

Porta de entrada: serviço de saúde pelo qual o usuário tem primeiro acesso ao Sistema Único de Saúde, compreendendo a atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e as portas especiais de acesso aberto, conforme o Decreto nº 7.508/2011.

Transição do cuidado: processo de transferência da responsabilidade pelo cuidado do usuário entre diferentes pontos de atenção ou profissionais, exigindo comunicação clara e registro das informações clínicas relevantes.

4. DIRETRIZES

4.1 Princípios da Articulação com a RAS

A articulação com a Rede de Atenção à Saúde deve observar os princípios da regionalização e da hierarquização do SUS, assegurando que o usuário seja encaminhado ao ponto de atenção de densidade tecnológica adequada à sua necessidade, sem prejuízo da continuidade do cuidado e da responsabilização da unidade de origem até a efetiva confirmação do acolhimento pelo serviço de destino, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010.

4.2 Responsabilidades

RESPONSÁVEL	ATIVIDADES / RESPONSABILIDADES
Enfermeiro(a) / Médico(a) solicitante	Identificar a necessidade de referenciamento, elaborar o resumo clínico e solicitar a referência pelo mecanismo de regulação vigente.
Recepção / Regulação da unidade	Operacionalizar o contato com a central de regulação ou serviço de destino, organizar a documentação de encaminhamento e confirmar o agendamento ou a vaga.
Serviço social	Avaliar e apoiar as necessidades sociais relacionadas ao deslocamento, à continuidade do cuidado e ao acesso do usuário ao ponto de atenção de destino.

Unidade / serviço de destino	Acolher o usuário referenciado, prestar a assistência necessária e enviar a contrarreferência à unidade de origem.
Gestão da Unidade	Garantir a atualização dos fluxos de referência e contrarreferência pactuados na região de saúde e a capacitação das equipes nesses fluxos.

4.3 Pontos da Rede de Atenção à Saúde Envolvidos

Este protocolo abrange a articulação com os seguintes pontos e sistemas de apoio da Rede de Atenção à Saúde, conforme pactuado na região de saúde:

- Atenção Primária à Saúde (APS) — UBS e Estratégia Saúde da Família, como coordenadora do cuidado.
- Atenção Especializada — ambulatórios e serviços de referência para consultas e procedimentos especializados.
- Urgência e Emergência — UPA, SAMU e prontos-socorros hospitalares.
- Atenção Hospitalar — internações eletivas e de urgência.
- Atenção Domiciliar — quando indicada, conforme critérios do serviço de referência.
- Assistência Farmacêutica — dispensação de medicamentos dos componentes básico, estratégico e especializado.
- Saúde Mental — Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- Vigilância em Saúde — notificação de agravos e doenças de notificação compulsória.
- Serviços de apoio diagnóstico — laboratórios e serviços de imagem.
- Regulação — central de regulação municipal ou regional responsável pela gestão do acesso.

4.4 Mecanismos de Referência e Contrarreferência

O encaminhamento do usuário a outro ponto de atenção deve ser formalizado por meio de guia de referência institucional ou sistema de regulação vigente na região de saúde, contendo o resumo clínico e o motivo do encaminhamento. A unidade de destino deve enviar contrarreferência à unidade de origem, contendo os achados, condutas realizadas e orientações para a continuidade do cuidado, fechando o ciclo de comunicação entre os pontos de atenção.

4.5 Informações Mínimas na Transferência ou Encaminhamento

Todo encaminhamento ou transferência de usuário entre pontos de atenção deve ser acompanhado, no mínimo, das seguintes informações:

- Identificação completa do usuário (nome, data de nascimento e, quando disponível, número do Cartão Nacional de Saúde).
- Motivo do encaminhamento e hipótese diagnóstica ou queixa principal.
- Resumo clínico, incluindo sinais vitais e classificação de risco, quando aplicável.
- Exames realizados e resultados relevantes disponíveis.
- Medicações em uso e alergias conhecidas.
- Conduta já realizada na unidade de origem.
- Identificação e contato do profissional e da unidade de origem, para eventual contrarreferência ou esclarecimento.

4.6 Descrição do Processo Assistencial

1. **IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO.** O profissional assistente identifica que a necessidade de saúde do usuário excede a capacidade resolutiva da unidade de origem.
2. **ELABORAÇÃO DO RESUMO CLÍNICO.** O profissional elabora o resumo clínico e reúne as informações mínimas definidas neste protocolo.

3. **CONTATO COM A REGULAÇÃO.** A unidade aciona a central de regulação ou o mecanismo de referenciamento pactuado na região de saúde, solicitando vaga ou agendamento no serviço de destino.

4. **ENCAMINHAMENTO E, SE NECESSÁRIO, TRANSPORTE.** O usuário é orientado e encaminhado ao serviço de destino, sendo acionado transporte sanitário quando clinicamente indicado.

5. **ACOLHIMENTO PELA UNIDADE DE DESTINO.** A unidade de destino confirma o recebimento do usuário e presta a assistência necessária.

6. **CONTRARREFERÊNCIA.** A unidade de destino envia contrarreferência à unidade de origem, assegurando a continuidade do cuidado e o encerramento do ciclo de comunicação.

4.7 Registros

- Guia de referência ou registro no sistema de regulação vigente, contendo as informações mínimas definidas neste protocolo.
- Registro no prontuário do usuário do encaminhamento realizado, do serviço de destino e do motivo.
- Contrarreferência recebida, arquivada no prontuário do usuário na unidade de origem.
- Registro de eventuais intercorrências durante o transporte ou a transferência, quando houver.

4.8 Segurança do Paciente

- Identificação correta do usuário em toda a documentação de referência e contrarreferência.
- Comunicação efetiva entre a unidade de origem e o serviço de destino, assegurando que as informações clínicas essenciais acompanhem o usuário.
- Continuidade da assistência garantida por meio do fechamento do ciclo de contrarreferência.
- Acompanhamento do usuário por profissional de saúde durante o transporte, quando seu quadro clínico assim exigir.

4.9 Eventos Adversos e Não Conformidades

Falhas na comunicação entre pontos de atenção, ausência de vaga regulada, extravio de informações clínicas ou intercorrências durante o transporte do usuário devem ser registradas no prontuário, comunicadas ao profissional responsável pela unidade e notificadas conforme o fluxo institucional de notificação de eventos, sendo encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou setor equivalente para análise e adoção de medidas de melhoria.

4.10 Monitoramento

O monitoramento deste protocolo deverá considerar, prioritariamente, os indicadores e metas definidos no Termo de Referência ou instrumento contratual vigente.

Na ausência de indicadores específicos, poderão ser utilizados os indicadores sugeridos neste protocolo, com metas definidas conforme a linha de base e a realidade do serviço.

INDICADOR	FÓRMULA	META SUGERIDA	PERIODICIDADE
Percentual de encaminhamentos com contrarreferência recebida	(Nº de contrarreferências recebidas ÷ Nº total de encaminhamentos realizados) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal
Tempo médio entre a solicitação de referência e a confirmação de vaga	Soma do tempo entre solicitação e confirmação ÷ número de referências realizadas no período	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal
Percentual de encaminhamentos com informações mínimas completas	(Nº de encaminhamentos com informações completas ÷ Nº total de encaminhamentos) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal

5. GLOSSÁRIO

SIGLA	SIGNIFICADO
ASM	Associação Saúde em Movimento
RAS	Rede de Atenção à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS	Sistema Único de Saúde
NASF-AB / eMulti	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica / Equipe Multiprofissional
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

7. ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma de Referência e Contrarreferência

IDENTIFICAÇÃO da necessidade de encaminhamento

↓

ELABORAÇÃO do resumo clínico e das informações mínimas

↓

CONTATO com a central de regulação

↓

ENCAMINHAMENTO do usuário (com transporte, se indicado)

↓

ACOLHIMENTO pela unidade de destino

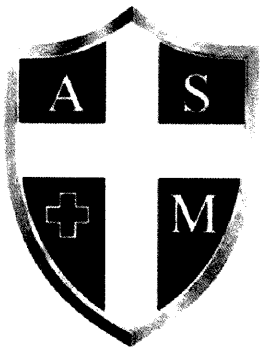
↓

CONTRARREFERÊNCIA à unidade de origem

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Talita Conceição de Oliveira Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429 **Daisy Kelly Fink** Farmacêutica RT CRF 4691	**Daniel Lopez Davila** Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.09.22 10:10:58 -04'00' gov.br Documento assinado digitalmente DAISY KELLY FINK Data: 22/09/2026 11:52:08-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	gov.br Documento assinado digitalmente DANIEL LOPEZ DAVILA Data: 22/09/2026 11:09:00-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 22/09/26 às 12:27:27 (UTC-3)	



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XIX

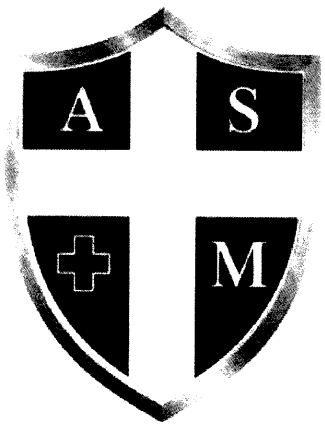
Protocolo institucional de Educação Permanente em Saúde

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Educação Permanente em Saúde

1576

1. OBJETIVO

Padronizar o processo institucional de identificação de necessidades, planejamento, execução e avaliação das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) nas equipes da Associação Saúde em Movimento (ASM), em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198/2004 e atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, de modo a qualificar continuamente as práticas profissionais a partir dos problemas reais do processo de trabalho e a fortalecer a segurança e a qualidade do cuidado.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todas as categorias profissionais e setores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais serviços geridos pela ASM, sob coordenação da Gestão da Qualidade e Educação Permanente institucional. Aplica-se, no que couber, à articulação com as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) regionais e com instituições de ensino, quando houver parceria formalizada.

3. DEFINIÇÃO

Educação Permanente em Saúde (EPS): aprendizagem construída a partir do cotidiano do trabalho, tomando como referência os problemas e as necessidades de saúde das pessoas e das populações, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, conforme a Portaria GM/MS nº 198/2004.

Educação continuada: modalidade de capacitação pós-formação, de duração definida e conteúdo previamente padronizado, voltada à atualização técnico-científica pontual, distinta da Educação Permanente por não partir necessariamente dos problemas identificados no processo de trabalho.

Necessidade de aprendizagem: lacuna de conhecimento, habilidade ou atitude identificada a partir de indicadores, eventos adversos, resultados de auditorias ou mudanças de processos, que justifica uma ação educativa.

Plano de Educação Permanente: instrumento institucional que organiza, para determinado período, os temas prioritários, a metodologia, o cronograma e os responsáveis pelas ações educativas.

Metodologia ativa / ensino problematizador: abordagem pedagógica que parte da realidade e dos problemas vivenciados pelos profissionais no trabalho, em contraposição a metodologias unicamente expositivas.

4. DIRETRIZES

4.1 Princípios da Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde distingue-se da educação continuada por partir dos problemas e necessidades reais do processo de trabalho, e não apenas da atualização técnico-científica pontual, integrando ensino, gestão, atenção e controle social, conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). As ações devem privilegiar metodologias ativas e o ensino problematizador, relacionando o aprendizado aos problemas identificados no cotidiano das equipes, e não apenas à transmissão de conteúdos padronizados.

4.2 Responsabilidades

RESPONSÁVEL	ATIVIDADES / RESPONSABILIDADES
Gestão da Qualidade / Educação Permanente	Coordenar o levantamento de necessidades, consolidar o Plano de Educação Permanente, apoiar a execução das ações e monitorar sua efetividade.
Coordenador(a) / Direção Técnica da Unidade	Viabilizar a participação das equipes nas ações programadas e identificar necessidades específicas da unidade.
Profissionais das equipes	Participar das ações de Educação Permanente programadas e contribuir com a identificação de problemas do processo de trabalho.
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Subsidiar o levantamento de necessidades a partir da análise de eventos adversos e não conformidades identificadas.

4.3 Levantamento de Necessidades

O levantamento de necessidades de Educação Permanente deve considerar, entre outras, as seguintes fontes de informação:

- Indicadores de qualidade e de segurança do paciente monitorados pela instituição.
- Análise de eventos adversos e não conformidades identificados pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
- Resultados de auditorias internas e externas.
- Mudanças em protocolos institucionais ou implantação de novos processos assistenciais.
- Solicitações e demandas identificadas pelas próprias equipes e coordenações de unidade.

4.4 Planejamento

A partir do levantamento de necessidades, a Gestão da Qualidade e Educação Permanente consolida anualmente um Plano de Educação Permanente, contendo os temas prioritários, o público-alvo, a metodologia proposta, o cronograma estimado e os responsáveis pela execução de cada ação. O plano deve ser revisado sempre que necessidades urgentes forem identificadas ao longo do período, sem prejuízo de ações pontuais não previstas inicialmente.

4.5 Execução

As ações de Educação Permanente podem assumir diferentes formatos, a serem definidos conforme o tema e o público-alvo, incluindo, entre outros:

- Capacitação em serviço, integrada à rotina assistencial.
- Oficinas e rodas de conversa a partir de casos ou problemas reais do processo de trabalho.
- Discussões de casos vinculadas aos rounds interdisciplinares, quando aplicável.
- Cursos, palestras ou treinamentos formais, presenciais ou à distância.

4.6 Avaliação

Cada ação de Educação Permanente deve prever, no mínimo, avaliação de aprendizagem dos participantes e, sempre que possível, avaliação da efetividade da ação sobre a prática profissional, verificada por meio de indicadores de processo ou de resultado relacionados ao tema abordado.

4.7 Descrição do Processo

1. **IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE.** A necessidade de aprendizagem é identificada a partir de indicadores, eventos adversos, auditorias, mudanças de protocolo ou demanda direta das equipes.
2. **PRIORIZAÇÃO E PLANEJAMENTO.** A Gestão da Qualidade e Educação Permanente prioriza os temas e os incorpora ao Plano de Educação Permanente, definindo metodologia e cronograma.
3. **EXECUÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA.** A ação é realizada conforme o formato definido, com registro de presença dos participantes.
4. **AVALIAÇÃO DE APRENDIZAGEM.** Os participantes são avaliados quanto à aprendizagem obtida, por instrumento definido conforme o formato da ação.
5. **AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE.** A equipe responsável acompanha, sempre que possível, indicadores relacionados ao tema para verificar o impacto da ação sobre a prática.
6. **REGISTRO E ARQUIVAMENTO.** Toda a documentação da ação (lista de presença, material utilizado, avaliações) é registrada e arquivada conforme a rotina institucional.

4.8 Registros

- Plano de Educação Permanente vigente, atualizado conforme as necessidades identificadas.
- Lista de presença de cada ação realizada.
- Material utilizado e instrumento de avaliação de aprendizagem aplicado.
- Registro da avaliação de efetividade, quando realizada, vinculada ao indicador monitorado.

4.9 Segurança do Paciente

- As ações decorrentes de eventos adversos ou não conformidades devem priorizar os temas diretamente relacionados à falha identificada.
- A efetividade das ações educativas voltadas à segurança do paciente deve ser acompanhada pelos indicadores pertinentes, em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).
- A participação das equipes em ações de Educação Permanente relacionadas à segurança do paciente deve ser registrada e monitorada pela gestão da unidade.

4.10 Eventos Adversos e Não Conformidades

Eventos adversos e não conformidades identificados nas unidades constituem fonte prioritária para o levantamento de necessidades de Educação Permanente, devendo ser encaminhados pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) à Gestão da Qualidade e Educação Permanente para avaliação da pertinência de ação educativa voltada à prevenção de recorrência.

4.11 Monitoramento

O monitoramento deste protocolo deverá considerar, prioritariamente, os indicadores e metas definidos no Termo de Referência ou instrumento contratual vigente.

Na ausência de indicadores específicos, poderão ser utilizados os indicadores sugeridos neste protocolo, com metas definidas conforme a linha de base e a realidade do serviço.

INDICADOR	FÓRMULA	META SUGERIDA	PERIODICIDADE
Percentual de execução do Plano de Educação Permanente	(Nº de ações realizadas ÷ Nº de ações planejadas no período) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Semestral

Percentual de profissionais participantes nas ações programadas	(Nº de profissionais participantes ÷ Nº de profissionais do público-alvo) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Semestral
Percentual de ações originadas de eventos adversos ou não conformidades	(Nº de ações originadas de eventos adversos ÷ Nº total de ações realizadas) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Semestral

5. GLOSSÁRIO

SIGLA	SIGNIFICADO
ASM	Associação Saúde em Movimento
EPS	Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

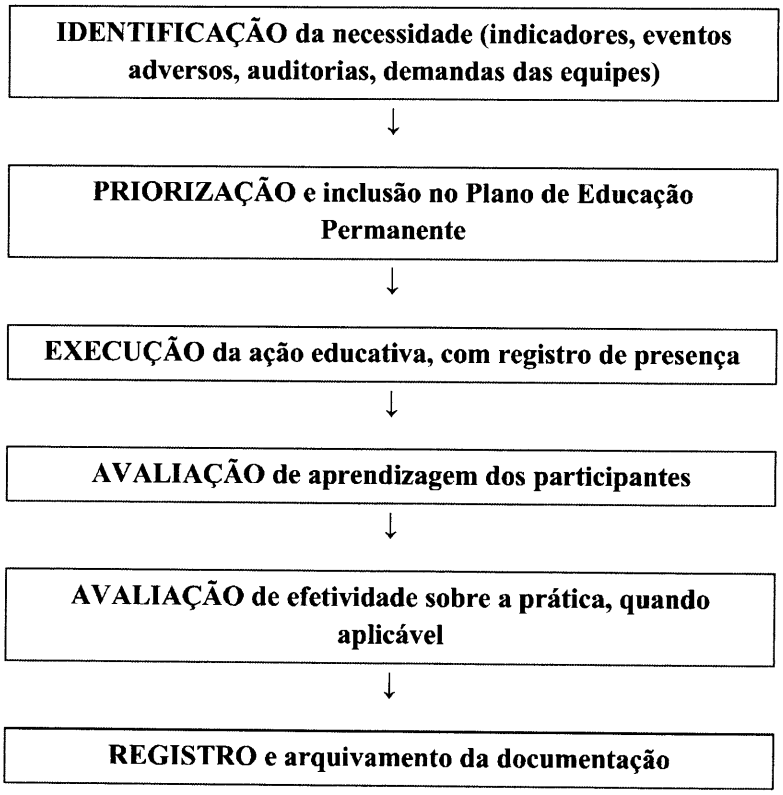
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

7. ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma da Educação Permanente em Saúde



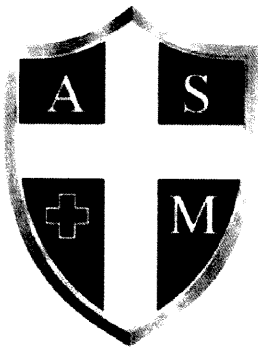
ANEXO II – Estrutura Sugerida do Plano de Educação Permanente

CAMPO	DESCRIÇÃO
Tema prioritário	Definido a partir do levantamento de necessidades
Público-alvo	Categoria(s) profissional(is) envolvida(s)
Metodologia	Formato da ação (capacitação em serviço, oficina, curso, entre outros)
Cronograma	Período previsto para realização
Responsável	Profissional ou setor responsável pela execução
Indicador de efetividade	Indicador utilizado para avaliar o impacto da ação, quando aplicável

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Talita Conceição de Oliveira Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429 **Daisy Kelly Fink** Farmacêutica RT CRF 4691	**Daniel Lopez Davila** Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.09.22 10:11:31 -04'00' gov.br Documento assinado digitalmente DAISY KELLY FINK Data: 22/09/2026 12:46:08-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	gov.br Documento assinado digitalmente DANIEL LOPEZ DAVILA Data: 22/09/2026 11:10:00-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 22/09/26 as 13:02:10 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XX

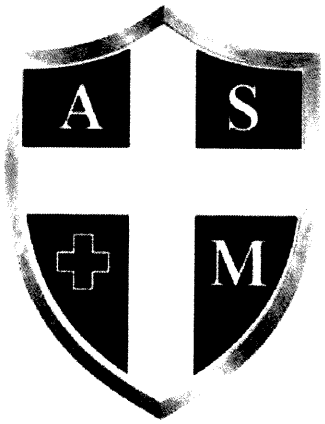
Protocolo de Dor Torácica e Síndrome Coronariana Aguda

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

PACIENTE COM DOR TORÁCICA E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a avaliação inicial, a estratificação de risco, o tratamento inicial e a definição do destino do paciente adulto com dor torácica aguda e suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com ênfase na realização e interpretação do eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos do primeiro contato, na identificação precoce do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) e de seus equivalentes eletrocardiográficos, na terapia de reperfusão em tempo oportuno e na transferência segura para o serviço de referência.

O protocolo também orienta a identificação de diagnósticos diferenciais com risco imediato de morte, a exemplo de dissecção aguda de aorta, tromboembolismo pulmonar (TEP), pneumotórax hipertensivo e tamponamento cardíaco, cujo manejo específico deverá seguir os protocolos institucionais correspondentes.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção e acolhimento, classificação de risco, sala de emergência (sala vermelha), sala de observação, farmácia, laboratório de apoio, serviço de radiologia, quando existente, e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos. O atendimento de crianças e adolescentes com dor torácica deverá seguir o protocolo de urgências pediátricas. Gestantes com dor torácica deverão ser avaliadas conforme este protocolo, em articulação com o protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação clínica, interpretação do ECG, solicitação de exames, prescrição, indicação e execução da terapia fibrinolítica, estratificação de risco, contato com a central de regulação e definição do destino do paciente.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, abertura do protocolo de dor torácica, acionamento imediato do médico, planejamento e supervisão da assistência de enfermagem, administração de medicamentos prescritos, monitorização, aplicação do processo de enfermagem e registro.

- **Técnico de enfermagem:** aferição de sinais vitais, realização do ECG e demais atividades de enfermagem conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, monitorização e registro.
- **Farmacêutico:** garantia da disponibilidade dos medicamentos do protocolo, dispensação, conferência de doses, interações e contraindicações, e apoio às práticas seguras com medicamentos de alta vigilância.
- **Equipe de recepção, apoio e transporte:** encaminhamento imediato do paciente com dor torácica à classificação de risco, sem aguardar a conclusão do cadastro administrativo.

3. DEFINIÇÃO

- **Dor torácica aguda:** dor ou desconforto torácico de início recente ou com mudança de padrão em relação a episódios anteriores.
- **Síndrome coronariana aguda (SCA):** conjunto de apresentações clínicas decorrentes de isquemia miocárdica aguda, que compreende a angina instável, o infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) e o IAMCSST.
- **Infarto agudo do miocárdio (IAM):** lesão miocárdica aguda, evidenciada por elevação e/ou queda de troponina com ao menos um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência, associada a evidência clínica de isquemia miocárdica (sintomas, alterações eletrocardiográficas isquêmicas novas, surgimento de ondas Q patológicas, evidência de imagem ou trombo coronariano), conforme a Quarta Definição Universal de Infarto do Miocárdio.
- **Angina instável:** isquemia miocárdica em repouso ou aos mínimos esforços, sem elevação de troponina que caracterize necrose miocárdica.
- **IAMCSST:** IAM com supradesnivelamento persistente do segmento ST, medido no ponto J, em duas ou mais derivações contíguas, com valores iguais ou superiores a 1 mm em todas as derivações, exceto V2 e V3, nas quais os limites são de 2 mm em homens com 40 anos ou mais, 2,5 mm em homens com menos de 40 anos e 1,5 mm em mulheres, independentemente da idade.

- **Equivalentes de IAMCSST / padrões de oclusão coronariana aguda (OCA):** padrões eletrocardiográficos que, mesmo sem preencher os critérios clássicos de supradesnivelamento do segmento ST, indicam alta probabilidade de oclusão coronariana e devem ser conduzidos como IAMCSST, a critério médico, tais como: infradesnivelamento de ST em V1 a V3/V4 sugestivo de infarto posterior (confirmar com V7 a V9); bloqueio de ramo esquerdo ou ritmo de marcapasso com critérios sugestivos de isquemia aguda; padrão de de Winter; e supradesnivelamento de ST em aVR associado a infradesnivelamento difuso em paciente instável.
- **Troponina de alta sensibilidade:** ensaio de troponina capaz de detectar concentrações abaixo do percentil 99 na maior parte da população saudável, permitindo o uso de algoritmos rápidos de exclusão e confirmação de IAM, específicos para cada ensaio.
- **Tempo porta-ECG:** intervalo entre a chegada do paciente à UPA e a realização do ECG. Meta: até 10 minutos.
- **Tempo porta-agulha:** intervalo entre a chegada do paciente e o início da terapia fibrinolítica.
- **Intervenção coronária percutânea (ICP) primária:** reperfusão mecânica realizada em serviço de hemodinâmica, sem uso prévio de fibrinolítico.
- **Estratégia fármaco-invasiva:** fibrinólise realizada no serviço de primeiro atendimento, seguida de transferência para serviço com hemodinâmica para cineangiocoronariografia.
- **ICP de resgate:** ICP realizada com urgência quando não há critérios de reperfusão após a fibrinólise.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com dor torácica na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO → CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ECG EM ATÉ 10 MINUTOS → AVALIAÇÃO ABCDE E ESTABILIZAÇÃO → DIAGNÓSTICO ELETROCARDIOGRÁFICO E CLÍNICO →

TRATAMENTO INICIAL E REPERFUSÃO, QUANDO INDICADA → REAVALIAÇÃO → DESTINO DO PACIENTE

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

Deverá ser aberto o protocolo de dor torácica, na recepção ou na classificação de risco, para todo paciente que apresente:

- dor ou desconforto atual, presente na admissão, localizado entre a cicatriz umbilical e a mandíbula;
- dor torácica com duração superior a 10 minutos, ainda que ausente no momento da admissão;
- sintomas possivelmente equivalentes à isquemia miocárdica, como dispneia, sudorese, náuseas, síncope, epigastralgia ou dor em membros superiores, dorso ou mandíbula, especialmente em idosos, mulheres, pessoas com diabetes mellitus e pacientes com doença renal crônica.

O paciente deverá ser encaminhado imediatamente à classificação de risco, sem aguardar a conclusão do cadastro administrativo. A identificação do paciente deverá seguir o protocolo institucional de identificação segura.

4.2 Critérios clínicos

A anamnese dirigida deverá caracterizar a dor (início, duração, localização, irradiação, qualidade, fatores de piora e de alívio, relação com esforço), os sintomas associados, os fatores de risco cardiovascular (tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, história familiar de doença arterial coronariana precoce, doença arterial coronariana conhecida), o uso de medicamentos (em especial anticoagulantes, antiagregantes e inibidores da fosfodiesterase-5), as alergias e as possíveis contraindicações à terapia fibrinolítica.

Deverão ser ativamente considerados os diagnósticos diferenciais com risco imediato de morte:

- **Dissecção aguda de aorta:** dor súbita e intensa, lancinante, com irradiação para o dorso, assimetria de pulsos ou de pressão arterial entre membros, déficit

neurológico, sopro de insuficiência aórtica. A suspeita contraindica a administração de antiagregantes, anticoagulantes e fibrinolíticos até sua exclusão.

- **TEP:** dispneia, taquicardia, hipoxemia, fatores de risco para tromboembolismo venoso.
- **Pneumotórax hipertensivo:** dispneia intensa, murmúrio vesicular abolido unilateralmente, instabilidade hemodinâmica.
- **Tamponamento cardíaco:** hipotensão, turgência jugular, abafamento de bulhas.
- **Ruptura esofágica:** dor após vômitos intensos, enfisema subcutâneo.

4.3 Avaliação inicial

- Realizar ECG de 12 derivações em até 10 minutos do primeiro contato, com interpretação médica imediata. O ECG deverá conter identificação do paciente, data e horário de realização.
- Quando o ECG inicial não for diagnóstico e o paciente permanecer sintomático ou houver alta suspeição clínica, repetir o ECG de forma seriada, inclusive diante de qualquer recorrência ou mudança dos sintomas. O intervalo entre traçados deverá ser definido pelo médico; as diretrizes norte-americanas admitem intervalos de 15 a 30 minutos na primeira hora.
- Realizar derivações direitas (V3R e V4R) em todo IAM de parede inferior, para pesquisa de acometimento do ventrículo direito, e derivações posteriores (V7 a V9) diante de infradesnivelamento de ST em V1 a V3 ou suspeita de infarto posterior.
- Aferir pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação periférica de oxigênio (SpO2) e glicemia capilar. Diante de suspeita de dissecção de aorta, aferir a pressão arterial em ambos os membros superiores.
- Realizar exame físico dirigido, com pesquisa de sinais de congestão pulmonar, hipoperfusão, sopros cardíacos, atrito pericárdico e assimetria de pulsos, e classificar o paciente segundo a classificação de Killip (Anexo III).

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014, que normatiza o funcionamento das UPAs. Independentemente da categoria atribuída, todo paciente que preencha os critérios do item 4.1 deverá realizar o ECG em até 10 minutos e ser avaliado pelo médico imediatamente após o registro do traçado.

Pacientes com dor torácica associada a instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência, desconforto respiratório importante, sinais de choque ou arritmia grave deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** verificar permeabilidade e proteção da via aérea.
- **B – Respiração:** avaliar frequência respiratória, esforço, ausculta pulmonar e SpO2. Ofertar oxigênio somente se SpO2 inferior a 90% ou desconforto respiratório.
- **C – Circulação:** avaliar pressão arterial, frequência e ritmo cardíacos, perfusão periférica, sinais de choque; obter acesso venoso periférico; instalar monitorização cardíaca contínua e manter desfibrilador disponível à beira do leito.
- **D – Neurológico:** avaliar nível de consciência e presença de déficit focal, que pode sugerir dissecção de aorta ou contraindicar fibrinólise.
- **E – Exposição:** pesquisar sinais de sangramento, trauma e edema, preservando a privacidade e a temperatura do paciente.

4.6 Exames complementares

- **Troponina:** coletar na admissão e repetir conforme o algoritmo validado para o ensaio disponível na unidade. Quando houver troponina de alta sensibilidade, poderão ser adotados os algoritmos 0/1 h ou 0/2 h recomendados pelas diretrizes, com os pontos de corte específicos do fabricante. Quando a troponina disponível for convencional, o intervalo de repetição deverá ser definido institucionalmente com o laboratório.
- **CK-MB massa:** somente quando a troponina não estiver disponível.

- **Demais exames, conforme disponibilidade:** hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, glicemia e coagulograma (tempo de protrombina/RNI e tempo de tromboplastina parcial ativada), este último especialmente em candidatos à fibrinólise ou em uso de anticoagulantes.
- **Radiografia de tórax:** conforme disponibilidade e indicação clínica, sem atrasar a reperfusão.

No IAMCSST ou equivalente, o resultado da troponina não deverá ser aguardado para a indicação da reperfusão.

4.7 Monitorização

- Monitorização eletrocardiográfica contínua, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso em todo paciente com suspeita de SCA.
- Desfibrilador e material de ressuscitação disponíveis e testados à beira do leito.
- Reavaliação seriada da dor (escala numérica), dos sinais vitais e do ritmo cardíaco, com periodicidade definida pela gravidade do paciente e registro em prontuário.
- Após fibrinólise: monitorização contínua para arritmias de reperfusão, sangramentos e alterações neurológicas.

4.8 Condutas iniciais

- Manter o paciente em repouso, em leito com monitorização, na sala de emergência ou em leito de observação monitorizado, conforme a gravidade.
- Obter acesso venoso periférico calibroso. Em candidatos à fibrinólise, evitar punções arteriais, punções venosas centrais não compressíveis e injeções intramusculares.
- Oxigênio suplementar apenas se SpO2 inferior a 90%, desconforto respiratório ou congestão pulmonar; não se recomenda oxigênio de rotina em pacientes normoxêmicos.
- Administrar ácido acetilsalicílico (AAS), salvo contraindicação, tão logo a suspeita de SCA seja estabelecida pelo médico e excluída suspeita de dissecção de aorta (ver item 4.10).

- Tratar a dor isquêmica com nitrato sublingual, quando não houver contraindicação, e, se persistente, com analgesia opioide (ver item 4.10).

4.9 Tratamento

O tratamento deverá ser definido segundo o diagnóstico eletrocardiográfico e clínico:

a) IAMCSST ou equivalente de OCA

- Acionar imediatamente a central de regulação para definição da estratégia de reperfusão.
- **Transferência para ICP primária:** estratégia preferencial quando o tempo previsto entre o diagnóstico (ou o primeiro contato médico) e a reperfusão mecânica for de até 120 minutos, conforme as diretrizes europeia (2023) e norte-americana (2025). A V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2015) adota como referência a possibilidade de ICP primária em até 90 a 120 minutos, conforme o cenário a instituição deverá definir o tempo-limite adotado com a rede de referência.
- **Fibrinólise na UPA (estratégia fármaco-invasiva):** indicada quando não for possível a ICP primária no tempo-limite definido, com início dos sintomas há menos de 12 horas e ausência de contraindicações (Anexo II). Deverá ser administrada o mais precocemente possível: a diretriz europeia de 2023 recomenda o início em até 10 minutos após o diagnóstico, e a diretriz norte-americana de 2025 e a diretriz da SBC admitem até 30 minutos da chegada ao serviço. Sua realização depende da disponibilidade do fibrinolítico, da capacidade de monitorização e da estrutura da unidade, conforme disponibilidade e fluxo assistencial institucional.
- **Após a fibrinólise:** transferir todos os pacientes para serviço com hemodinâmica. Repetir o ECG entre 60 e 90 minutos após o início da fibrinólise; redução inferior a 50% do supradesnivelamento de ST na derivação de maior elevação, dor persistente ou instabilidade hemodinâmica ou elétrica indicam falha de reperfusão e necessidade de ICP de resgate com transferência imediata. Nos casos com critérios de reperfusão, a cineangiocoronariografia é recomendada entre 2 e 24 horas.

- **Pacientes com mais de 12 horas de sintomas:** a fibrinólise não está indicada de rotina; os casos com isquemia persistente, instabilidade hemodinâmica ou elétrica ou insuficiência cardíaca deverão ser transferidos com urgência para ICP.
- **Choque cardiogênico ou contraindicação à fibrinólise:** transferência imediata para ICP primária, independentemente do tempo previsto.

b) SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST)

- **Risco muito alto** (instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico, dor recorrente ou refratária ao tratamento clínico, arritmias graves ou parada cardiorrespiratória revertida, complicações mecânicas, insuficiência cardíaca aguda relacionada à isquemia, alterações dinâmicas recorrentes do segmento ST): solicitar transferência imediata para estratégia invasiva, recomendada em até 2 horas.
- **Risco alto** (IAMSSST confirmado por troponina, alterações dinâmicas de ST ou onda T, parada cardiorrespiratória revertida sem choque, escore GRACE superior a 140): solicitar transferência para estratégia invasiva precoce, recomendada em até 24 horas.
- **Demais pacientes com suspeita de SCA:** manter em observação com ECG e troponina seriados, estratificação pelo escore HEART (Anexo III) e reavaliação médica, conforme itens 4.14 e 4.17.

c) Dor torácica de outra etiologia

Identificada outra causa, o paciente deverá ser conduzido conforme o protocolo institucional específico, quando existente, ou conforme avaliação médica.

4.10 Terapia medicamentosa

As doses abaixo referem-se a adultos, dependem de prescrição médica e deverão ser conferidas com a padronização de medicamentos da unidade. A prescrição de antiagregantes e anticoagulantes em pacientes que serão transferidos para ICP deverá, sempre que possível, ser alinhada com o serviço de hemodinâmica de referência.

Medicamento	Dose e via	Observações e contraindicações
AAS	Ataque: 150 a 300 mg VO, mastigado (ESC 2023). Protocolo do Ministério da Saúde: 160 a 325 mg; dose usual no Brasil: 200 mg. Manutenção: 100 mg/dia.	Contraindicado em alergia ao AAS, sangramento ativo e suspeita de dissecção de aorta. Na alergia, considerar clopidogrel.
Clopidogrel – associado à fibrinólise	Até 75 anos: 300 mg VO. Acima de 75 anos: 75 mg VO, sem dose de ataque. Manutenção: 75 mg/dia.	Associar ao AAS e ao anticoagulante.
Clopidogrel – transferência para ICP primária	600 mg VO.	Pré-tratamento com inibidor P2Y12 deverá ser alinhado com o serviço de hemodinâmica.
Clopidogrel – SCASSST	300 mg VO (considerar 600 mg se estratégia invasiva precoce).	Na SCASSST com cineangiocoronariografia precoce, a diretriz europeia de 2023 não recomenda pré-tratamento de rotina.
Enoxaparina – associada à fibrinólise	Até 75 anos: 30 mg IV em bólus; após 15 minutos, 1 mg/kg SC a cada 12 h (máximo de 100 mg nas duas primeiras doses). 75 anos ou mais: sem bólus; 0,75 mg/kg SC a cada 12 h (máximo de 75 mg nas duas primeiras doses). Depuração de creatinina inferior a 30 mL/min: 1 mg/kg SC a cada 24 h.	Manter até revascularização ou alta, por até 8 dias.
Enoxaparina – SCASSST	1 mg/kg SC a cada 12 h. Depuração de creatinina inferior a 30 mL/min: 1 mg/kg SC a cada 24 h.	Alternativa: fondaparinux 2,5 mg SC a cada 24 h, preferido pela diretriz europeia quando não houver cineangiocoronariografia precoce.
Dinitrato de isossorbida	5 mg SL; pode ser repetido até 3 vezes, a cada 5 minutos, se persistir a dor.	Contraindicado se PAS inferior a 90 mmHg, frequência cardíaca inferior a 50 bpm, suspeita de infarto de ventrículo direito ou uso de inibidor da fosfodiesterase-5 (sildenafila nas últimas 24 h; tadalafila nas últimas 48 h).
Nitroglicerina IV	Infusão contínua em bomba, com titulação conforme resposta pressórica.	Indicada na dor persistente, hipertensão ou congestão pulmonar. Diluição e dose inicial conforme padronização institucional.
Sulfato de morfina	2 a 4 mg IV, podendo ser repetido a cada 5 a 15 minutos, se necessário.	Reservado à dor refratária a nitratos. Pode retardar a absorção de antiagregantes orais. Monitorar hipotensão e depressão respiratória.
Oxigênio	Titular para SpO2 igual ou superior a 90%.	Não utilizar de rotina se SpO2 igual ou superior a 90%.

Betabloqueadores não deverão ser administrados por via intravenosa de rotina na UPA. Estão contraindicados na presença de sinais de insuficiência cardíaca, baixo débito, risco de choque cardiogênico, bradicardia, bloqueio atrioventricular ou broncoespasmo; a introdução por via oral é conduta a ser definida pelo médico, preferencialmente no serviço de destino.

Fibrinolíticos

O fibrinolítico padronizado pela unidade deverá ser definido institucionalmente. Doses de referência:

Fibrinolítico	Dose
Tenecteplase (TNK)	Bólus único IV, ajustado ao peso: inferior a 60 kg: 30 mg; 60 a 69 kg: 35 mg; 70 a 79 kg: 40 mg; 80 a 89 kg: 45 mg; 90 kg ou mais: 50 mg (dose máxima). A diretriz europeia de 2023 recomenda considerar metade da dose em pacientes com 75 anos ou mais, recomendação ausente no protocolo do Ministério da Saúde e na diretriz brasileira de 2015 [VALIDAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA].
Alteplase (tPA)	15 mg IV em bólus, seguidos de 0,75 mg/kg em 30 minutos (máximo de 50 mg) e de 0,5 mg/kg em 60 minutos (máximo de 35 mg). Dose total máxima: 100 mg.
Estreptoquinase (SK)	1.500.000 UI IV em 100 mL de soro glicosado a 5% ou soro fisiológico a 0,9%, em 30 a 60 minutos. Não repetir após 5 dias do primeiro uso ou em caso de reação alérgica prévia.

A fibrinólise deverá ser precedida da aplicação do checklist de contraindicações (Anexo II), da confirmação do peso do paciente e da dupla checagem da dose. O paciente, ou seu responsável, deverá ser informado sobre o procedimento, seus benefícios e seus riscos, com registro em prontuário.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Realização do ECG de 12 derivações e de derivações complementares (V3R, V4R, V7 a V9), quando indicadas.
- Punção venosa periférica e coleta de amostras laboratoriais.
- Monitorização multiparamétrica contínua.
- Desfibrilação e cardioversão elétrica, conforme o protocolo de paciente na parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar.

- Estimulação cardíaca transcutânea nas bradiarritmias com instabilidade não responsivas ao tratamento farmacológico, conforme disponibilidade de equipamento.
- Preparo do paciente para transferência inter-hospitalar.

4.12 Critérios de gravidade

- Classe de Killip II a IV.
- Choque cardiogênico: PAS inferior a 90 mmHg persistente ou necessidade de vasopressor, associada a sinais de hipoperfusão.
- Arritmias ventriculares sustentadas, fibrilação ventricular, bloqueio atrioventricular avançado ou parada cardiorrespiratória.
- Dor isquêmica refratária ao tratamento clínico.
- Edema agudo de pulmão ou insuficiência respiratória.
- Suspeita de complicação mecânica (sopro novo, instabilidade súbita).
- IAMCSST de parede anterior extenso ou com acometimento de ventrículo direito.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, SpO2 igual ou superior a 90%, pressão arterial e perfusão adequadas com ou sem suporte farmacológico, ritmo cardíaco controlado, dor controlada ou em controle e acesso venoso funcionante. A ausência de estabilização completa não deverá retardar a transferência para reperfusão quando esta for o tratamento definitivo necessário, devendo o transporte ser realizado com suporte avançado.

4.14 Critérios para observação

- Suspeita de SCA com ECG não diagnóstico, aguardando troponina seriada e ECG seriados.
- Escore HEART de 4 ou mais, até definição do destino.
- Pacientes aguardando transferência, que deverão permanecer em leito monitorizado.

O tempo de permanência em observação deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos para hospital de referência, via central de regulação, os pacientes com:

- IAMCSST ou equivalente de OCA, submetidos ou não à fibrinólise;
- IAMSSST ou angina instável de risco alto ou muito alto;
- troponina elevada sem diagnóstico definido;
- escore HEART de 4 ou mais com persistência da suspeita de SCA, para investigação complementar;
- diagnóstico diferencial grave (dissecção de aorta, TEP, tamponamento, pneumotórax), conforme protocolo específico.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Serviço com hemodinâmica:** IAMCSST para ICP primária; pós-fibrinólise (resgate imediato ou estratégia fármaco-invasiva); SCASSST de risco muito alto ou alto; choque cardiogênico.
- **Serviço com cirurgia cardiovascular:** suspeita de dissecção de aorta ou de complicação mecânica do infarto.

O transporte de pacientes com SCA confirmada ou em uso de fibrinolítico deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com acompanhamento médico, monitorização contínua e desfibrilador, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta da UPA poderá ser considerada, a critério médico, quando todos os critérios abaixo forem atendidos:

- ausência de dor ou de sintomas isquêmicos recorrentes;
- ECG seriados sem alterações isquêmicas;

- troponina seriada negativa conforme o algoritmo institucional;
- escore HEART de 0 a 3;
- estabilidade hemodinâmica e exclusão clínica dos diagnósticos diferenciais graves.

Na alta, o paciente deverá receber orientações por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato, e ser referenciado à Atenção Primária à Saúde ou ao ambulatório de cardiologia, conforme a rede local.

4.18 Registro em prontuário

Deverão ser registrados, obrigatoriamente, com data e horário:

- chegada à unidade, classificação de risco e abertura do protocolo;
- realização e interpretação dos ECG, com o traçado anexado ou digitalizado no prontuário;
- diagnóstico, escores utilizados (Killip, HEART, GRACE, quando aplicado) e estratégia definida;
- medicamentos administrados, doses, vias e horários;
- checklist de contraindicações e horário de início da fibrinólise, quando realizada;
- contato com a central de regulação, número da solicitação, horário de aceite e de saída do paciente;
- evolução e anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

Recomenda-se o monitoramento institucional dos indicadores tempo porta-ECG, tempo porta-agulha e tempo entre a chegada e a saída para o serviço de hemodinâmica.

4.19 Comunicação entre profissionais

- O profissional que realizar o ECG deverá entregá-lo imediatamente ao médico, que registrará o horário da interpretação.
- A comunicação com a central de regulação e com o serviço de destino deverá conter diagnóstico, horário de início dos sintomas, achados do ECG, terapias

administradas e seus horários, condição hemodinâmica e necessidades para o transporte.

- A passagem de caso entre turnos e na transferência deverá utilizar ferramenta estruturada de comunicação padronizada pela instituição (por exemplo, SBAR).
- Quando disponível, poderá ser utilizado serviço de telecardiologia para apoio à interpretação do ECG, sem prejuízo da decisão médica local.

4.20 Segurança do paciente

- Identificação correta do paciente em todas as etapas, inclusive no traçado do ECG e nas amostras laboratoriais.
- Fibrinolíticos, anticoagulantes e opioides são medicamentos de alta vigilância: exigir prescrição completa, confirmação do peso e dupla checagem antes da administração.
- Verificação de alergias e de uso prévio de anticoagulantes.
- Vigilância de sangramentos, de alterações neurológicas e de hipotensão após fibrinólise e anticoagulação.
- Prevenção de quedas em paciente sob uso de nitratos e opioides.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **AAS** – Ácido acetilsalicílico
- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **AIT** – Ataque isquêmico transitório
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **AVC** – Acidente vascular cerebral
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **CK-MB** – Fração MB da creatinoquinase

- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **ESC** – European Society of Cardiology
- **GRACE** – Global Registry of Acute Coronary Events
- **HEART** – History, ECG, Age, Risk factors, Troponin (escore de risco para dor torácica)
- **IAM** – Infarto agudo do miocárdio
- **IAMCSST** – Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
- **IAMSSST** – Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
- **ICP** – Intervenção coronária percutânea
- **IV** – Intravenosa
- **OCA** – Oclusão coronariana aguda
- **P2Y12** – Receptor plaquetário de adenosina difosfato alvo de antiagregantes
- **PAS** – Pressão arterial sistólica
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **RNI** – Razão normalizada internacional
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SBC** – Sociedade Brasileira de Cardiologia
- **SC** – Subcutânea
- **SCA** – Síndrome coronariana aguda
- **SCASSST** – Síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST
- **SK** – Estreptoquinase
- **SL** – Sublingual
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio

- **TEP** – Tromboembolismo pulmonar
- **TNK** – Tenecteplase
- **tPA** – Ativador tissular do plasminogênio (alteplase)
- **UI** – Unidades internacionais
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **VO** – Via oral

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico: Síndromes Coronarianas Agudas. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2020/pcdt_sindromescoronarianasagudas.pdf. Acesso em: 28 set. 2026.

BYRNE, R. A. et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal, v. 44, n. 38, p. 3720-3826, 2023. DOI: 10.1093/eurheartj/ehad191.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem

em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210180.

PIEGAS, L. S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 105, n. 2, supl. 1, p. 1-105, 2015. DOI: 10.5935/abc.20150107.

RAO, S. V. et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation, v. 151, n. 13, p. e771-e862, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001309.

SILVA, P. G. M. B. et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250620.

SIX, A. J.; BACKUS, B. E.; KELDER, J. C. Chest pain in the emergency room: value of the HEART score. Netherlands Heart Journal, v. 16, n. 6, p. 191-196, 2008. DOI: 10.1007/BF03086144.

THYGESEN, K. et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Circulation, v. 138, n. 20, p. e618-e651, 2018. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000617.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA NA UPA

PACIENTE COM DOR TORÁCICA OU SINTOMA EQUIVALENTE
(critérios do item 4.1)

↓

ABERTURA DO PROTOCOLO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ECG de 12 derivações em até 10 minutos → avaliação médica imediata

↓

ABCDE • monitorização • acesso venoso • O2 se SpO2 < 90%
Excluir dissecção de aorta, TEP, pneumotórax e tamponamento

↓

IAMCSST OU EQUIVALENTE DE OCA AAS + acionar central de regulação	ECG NÃO DIAGNÓSTICO OU ALTERAÇÕES DE SCASSST AAS (se suspeita de SCA) + troponina seriada
ICP primária possível no tempo-limite? SIM → transferência imediata para ICP NÃO e sintomas < 12 h e sem contraindicação → FIBRINÓLISE + clopidogrel + enoxaparina	Risco muito alto → transferência imediata Risco alto → transferência (estratégia invasiva < 24 h) Demais → ECG e troponina seriados + escore HEART
ECG 60–90 min após fibrinólise Sem reperfusão → ICP de resgate imediata Com reperfusão → cineangiocoronariografia em 2–24 h	Troponina seriada negativa, ECG sem isquemia e HEART 0–3 → alta orientada HEART ≥ 4 ou troponina alterada → transferência

↓

REAVALIAÇÃO CONTÍNUA E REGISTRO DOS TEMPOS

↓

DESTINO: TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO (suporte avançado) / OBSERVAÇÃO / ALTA COM REFERENCIAMENTO

ANEXO II – CHECKLIST DE CONTRAINDICAÇÕES À FIBRINÓLISE

Baseado na diretriz europeia de 2023. Todos os itens deverão ser verificados e registrados antes da administração do fibrinolítico. A presença de contraindicação absoluta impede a fibrinólise e indica transferência para ICP primária.

Contraindicações absolutas	Sim	Não
Hemorragia intracraniana prévia ou AVC de origem desconhecida, em qualquer tempo		
AVC isquêmico nos últimos 6 meses		
Lesão do sistema nervoso central, neoplasia ou malformação arteriovenosa		
Trauma maior, cirurgia ou traumatismo craniano recentes (último mês)		
Sangramento gastrointestinal no último mês		
Distúrbio hemorrágico conhecido (excluída menstruação)		
Suspeita de dissecção de aorta		
Punções não compressíveis nas últimas 24 horas (ex.: biópsia hepática, punção lombar)		
Contraindicações relativas (avaliação médica de risco-benefício)		
AIT nos últimos 6 meses		
Uso de anticoagulante oral		
Gestação ou primeira semana pós-parto		
Hipertensão refratária (PAS > 180 mmHg e/ou pressão diastólica > 110 mmHg)		
Doença hepática avançada		
Endocardite infecciosa		
Úlcera péptica ativa		
Ressuscitação cardiopulmonar prolongada ou traumática		