

## NORMA

**Número:** 003/2025

**Data:** 07/03/2025

**Assunto:** Via Verde Coronária (VVC) no Adulto

**Palavras-Chave:** Enfarte do miocárdio, coronária, via verde, síndrome coronário agudo

**Para:** Unidades de Saúde, Unidades/Instituições do Sistema Integrado de Emergência Médica e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

**Contatos:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dgs@dgs.min-saude.pt](mailto:dgs@dgs.min-saude.pt))

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa paras as Doenças Cérebro-cardiovasculares.

### NORMA

1. Deve ser definido **Caso Suspeito Via Verde Coronária** (CSVVC), todo o indivíduo que contacte o sistema de saúde com presença de dor torácica não traumática, tipicamente retrosternal, tipo opressiva, com irradiação para epigastro e/ou região submentoniana e/ou membro superior (geralmente esquerdo) e/ou dorsal, persistente (duração > 15 min), ou outros sintomas equivalentes, como síncope, dispneia, paragem cardiorrespiratória ou outros sinais relevantes<sup>1</sup>.
2. O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações deve ser realizado e interpretado num espaço de tempo inferior a 10 minutos após o primeiro contacto médico<sup>1</sup>.
3. A monitorização eletrocardiográfica contínua com desfibrilhador (que deve estar disponível) deve ser iniciada, no primeiro contacto com a equipa multidisciplinar, definida nos termos da presente Norma, em todos os doentes com suspeita de CSVVC<sup>1,2</sup>.
4. No enfarte agudo do miocárdio podem figurar as seguintes formas electrocardiográficas<sup>1,3</sup>:
  - a) **Formas típicas**, que requerem tratamento imediato: elevação do segmento ST, medida no ponto J,  $\geq 1$  mm em pelo menos duas derivações contíguas (na ausência de hipertrofia ventricular esquerda ou bloqueio completo de ramo esquerdo), exceto em V2 e V3 onde se aplicam os seguintes limiares:

- i.  $\geq 2,5$  mm nos homens com idade inferior a 40 anos;
  - ii.  $\geq 2$  mm nos homens com idade igual ou superior a 40 anos; ou
  - iii.  $\geq 1,5$  mm nas mulheres.
- b) **Formas atípicas** no ECG, que requerem avaliação e triagem imediatas:
- i. Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo (BCRE);
  - ii. Ritmo de *pacings* ventricular;
  - iii. Bloqueio completo do ramo direito (BCRD);
  - iv. Doentes sem elevação de ST com sintomas sugestivos de isquemia persistente;
  - v. Enfarte do miocárdio da parede posterior isolado (depressão do segmento ST de V1-V3, sobretudo quando a porção terminal da onda T é positiva; pode ser confirmado pela elevação do segmento ST  $> 0,5$  mm de V7-V9);
  - vi. Elevação do segmento ST na derivação aVR e/ou V1 associada a infradesnivelamento ST  $\geq 1$  mm em  $\geq 6$  derivações.
- c) Nos casos de enfarte inferior está recomendada a realização de derivações adicionais em V3R e V4R para exclusão de enfarte do ventrículo direito.
- d) Nos casos de suspeita de oclusão coronária aguda e ECG inicial inconclusivo está recomendada a repetição seriada de ECG para avaliação de alterações dinâmicas do segmento ST e a realização de derivações adicionais em V7-V9 para exclusão de enfarte posterior.
5. As instituições de saúde devem divulgar que, na presença dos sintomas e sinais referidos no ponto 1 da presente Norma, a pessoa ou familiar ou cuidador ou quem assiste (incluindo os profissionais de saúde) deve contactar de imediato o **Número Europeu de Emergência 112**.
6. As unidades de saúde, a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e o helicóptero (HELI) do INEM que participam na Via Verde intervenientes na VVC devem ter<sup>1</sup>:
- a) Uma equipa multidisciplinar dedicada à VVC composta, no mínimo, por um médico e um enfermeiro, ambos com competências formalmente reconhecidas em suporte avançado de vida, acesso a equipamento de reanimação, incluindo desfibrilhador e capacidade de administração de fibrinólise, quando aplicável;
  - b) Um protocolo escrito e atualizado de tratamento de enfarte agudo do miocárdio (EAM) baseado numa rede de referência regional até serem emitidas as Normas pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

7. Definem-se, na estrutura da VVC, quatro níveis de intervenção, baseada na descrição da Rede de Referência Hospitalar da Cardiologia<sup>5</sup>, consoante as suas capacidades de intervenção hemodinâmica, a saber:
- Nível de intervenção 1: unidade com laboratório de hemodinâmica, com resposta 24h/7 dias, para Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária, designado como unidade de cardiologia de intervenção; deve estar preparado para iniciar ICP primária de forma imediata não ultrapassando o período de 60 min desde o diagnóstico;
  - Nível de intervenção 2: unidade com laboratório de hemodinâmica idêntica ao Nível de intervenção 1 mas com resposta parcial (i.e., sem capacidade de resposta 24h/7 dias); quando em funcionamento devem estar preparados para iniciar ICP primária de forma imediata não ultrapassando o período de 60 min desde o diagnóstico;
  - Nível de intervenção 3: unidade sem cardiologia de intervenção, com capacidade para realizar fibrinólise, dotado de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e/ou receber doentes após fibrinólise pré-hospitalar;
  - Nível de intervenção 4: Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e helicóptero (HELI) do INEM, I.P.
8. Todos os hospitais e serviços de emergência pré-hospitalar que participam no tratamento de doentes com enfarte agudo do miocárdio (EAM) devem registar e monitorizar os tempos de espera, procurando atingir e manter as seguintes metas de qualidade<sup>1</sup>:
- Primeiro contacto médico até ao primeiro eletrocardiograma (ECG) e diagnóstico  $\leq 10$  min;
  - Diagnóstico de enfarte agudo miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCSST) até à terapêutica de reperfusão:
    - Quando o doente é admitido diretamente em hospital com unidade nível de intervenção 1 ou 2, intervenção coronária percutânea (ICP) primária  $\leq 120$  min do diagnóstico;
    - Quando o doente é admitido diretamente em hospitais com unidade nível de intervenção 2 fora do horário de funcionamento ou em hospitais de nível de intervenção 3 em que ICP primária não é exequível nos primeiros 120 minutos, para fibrinólise nos primeiros 10 min após o diagnóstico.
9. O doente com evidência EAMCSST, ou com um dos seus equivalentes definidos no ponto 4 (Caso Confirmado de VVC, CCVVC), deve ser encaminhado imediatamente para a unidade de cardiologia de intervenção (nível de intervenção 1 ou 2). Quando a terapêutica fibrinolítica

é considerada a terapêutica de eleição, o doente também deve ser logo encaminhado para uma unidade de cardiologia de intervenção após a sua administração<sup>1</sup>.

10. Os Casos Confirmados de VVC com  $\leq 12$  horas de evolução de sintomas aplicam-se os mesmos critérios de necessidade de reperfusão precoce imediata<sup>1</sup>.
11. A nível hospitalar, devem ser colhidas análises de rotina, incluído marcadores de necrose miocárdica, logo que possível, mas sem atrasar a terapêutica de reperfusão<sup>1</sup>.
12. A unidade de saúde de destino, com capacidade de intervenção coronária, deve implementar procedimentos internos para assegurar o transporte direto do Caso Confirmado VVC para a sala de hemodinâmica, evitando o circuito do serviço de urgência, exceto quando o doente necessita de estabilização urgente à chegada<sup>1</sup>.
13. Nas unidades de saúde sem cardiologia de intervenção, devem existir procedimentos internos para transferência urgente do Caso Confirmado VVC com necessidade de ICP primária para unidade de cardiologia de intervenção, num tempo máximo até ao início da transferência do paciente de 30 minutos (contabilizado desde a confirmação do diagnóstico até à saída efetiva do doente da unidade de saúde inicial) e num tempo máximo até realização de ICP primária de 90 minutos, de forma a respeitar um tempo máximo de 120 min entre o eletrocardiograma (ECG) e o início da ICP primária<sup>1</sup>.
14. É da responsabilidade da unidade de saúde que transfere o Caso Confirmado VVC para a unidade de cardiologia de intervenção, organizar o transporte inter-hospitalar (secundário) devendo a unidade referenciadora ter implementado processos locais que garantam o estrito cumprimento dos tempos de transferência e a segurança do Caso Confirmado VVC. Nas situações excecionais e devidamente justificadas de impossibilidade de organizar o transporte a unidade de saúde pode, sob coordenação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), recorrer aos meios de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM, I.P.). Cabe à unidade de saúde que transfere o Caso Confirmado VVC, assegurar:
  - a) Equipa clínica (médico e enfermeiro ambos com treino em suporte avançado de vida para acompanhar os meios do INEM, I.P. no transporte do doente; os serviços de urgência devem informar o CODU por escrito, ao início do turno (ou logo que a situação seja identificada), caso não tenham equipa disponível para eventuais transportes de doentes críticos, caso a situação se verifique;
  - b) Acesso a equipamento de reanimação e suporte avançado de vida, incluindo desfibrilhador, durante todo o transporte;

- c) Cumprimento dos tempos máximos indicados na presente Norma;
  - d) Transporte por helicóptero de emergência médica (HELI) sempre que o fator tempo o justifica.
15. A estratégia de reperfusão a nível nacional deve ser a ICP primária, em detrimento da fibrinólise, desde que realizada num período de 120 min após o diagnóstico de EAMCSST<sup>1</sup>.
16. Uma estratégia de ICP primária está indicada em doentes com sintomas sugestivos de EAM, mesmo sem elevação do segmento ST no ECG, se tiverem um dos seguintes critérios: insuficiência cardíaca congestiva (ICC) aguda, choque cardiogénico ou instabilidade hemodinâmica, dor torácica persistente ou recorrente refratária à terapêutica médica, arritmias malignas ou paragem cardíaca, complicações mecânicas do enfarte, alterações dinâmicas do segmento ST ou da onda T, particularmente com elevação intermitente do segmento ST<sup>1</sup>. No caso específico do doente em choque cardiogénico deverá ser considerado o encaminhamento para Unidade com nível de intervenção 1 avançada com capacidade para assistência ventricular de curta duração (equipa de choque).
17. A terapêutica fibrinolítica deve ser iniciada até às 12h após o início da manifestação dos sintomas em doentes sem contraindicações, quando a ICP primária não pode ser realizada por uma equipa experiente num período de 120 min após o diagnóstico de EAMCSST<sup>1</sup>.
18. Pode ser ponderada a eventual existência de situações de exclusão, nomeadamente, a ausência de reserva fisiológica para medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica, a presença de doença cerebrovascular aguda ou de hemorragia grave ativa<sup>1</sup>.
19. Após a realização de fibrinólise eficaz deve ser considerada a realização de angiografia e ICP, entre 2-24 horas, numa unidade com cardiologia de intervenção<sup>1</sup>. Nos casos de fibrinólise ineficaz (persistência de elevação do segmento ST >50% face ao basal após 60-90 minutos da administração do fibrinolítico) ou nos casos de instabilidade elétrica, instabilidade hemodinâmica, agravamento da isquemia, insuficiência cardíaca de novo ou agravada, ou dor torácica persistente, está indicada a realização logo que possível de ICP de resgate<sup>1</sup>.
20. A estratégia de ICP primária está recomendada em doentes com > 12 horas de evolução na presença de sintomas persistentes sugestivos de isquemia, instabilidade hemodinâmica ou arritmias malignas, podendo ser considerada em doentes que se apresentam até às 48 horas após início de sintomas<sup>1</sup>.
21. Não está indicada a realização de ICP primária de rotina em pacientes com EAMCSST assintomáticos após as 48 horas de início dos sintomas<sup>1</sup>.

22. Está recomendada a realização de angiografia precoce (< 24 horas) se ocorrer alívio completo de sintomas e se a elevação do segmento ST normalizar de forma completa espontaneamente ou após administração de nitroglicerina<sup>1</sup>.
23. No processo clínico de Caso Confirmado VVC deve existir o registo dos seguintes eventos<sup>1</sup>:
- a) Hora de início da dor;
  - b) Hora de chamada para o 112;
  - c) Hora de chegada ao local da Equipa (primeiro contacto médico, no caso de assistência pré-hospitalar);
  - d) Hora da realização do eletrocardiograma (ECG);
  - e) Hora de chegada à unidade de cardiologia de intervenção ou hora de chegada à unidade sem cardiologia de intervenção (conforme aplicável);
  - f) Hora de saída da unidade sem cardiologia de intervenção (quando aplicável);
  - g) Hora da reperfusão (tempo de passagem de fio guia na artéria ocluída ou tempo de administração do fibrinolítico).
24. O registo do Caso Confirmado Via Verde Coronária deve permitir a monitorização contínua dos seguintes indicadores da qualidade<sup>1</sup>:
- a) Tempo entre o início da dor e o primeiro contacto com o sistema de saúde (ligação ao 112 ou ida ao SU; tempo de "atraso do doente");
  - b) Tempo entre o primeiro contacto médico e a realização do eletrocardiograma (ECG);
  - c) Tempo entre o diagnóstico de EAMCSST e a administração do bólus do fibrinolítico;
  - d) Tempo entre entrada e saída da unidade sem cardiologia intervenção (quando aplicável);
  - e) Tempo entre diagnóstico de EAMCSST e a realização de ICP primária (tempo até passagem da guia);
  - f) Tempo entre o primeiro contacto médico e a realização da ICP primária (tempo de "atraso do sistema");
  - g) Taxa de mortalidade hospitalar e aos 30 dias de Casos Confirmados Via Verde Coronária;
  - h) Percentagem (%) de Casos Confirmados Via Verde Coronária com transporte primário pelo INEM;
  - i) Percentagem (%) de Casos Confirmados Via Verde Coronária com transporte secundário pelo INEM;

- j) Proporção de Casos Confirmados Via Verde Coronária que ligaram o 112 e que foram transportados pelo INEM para a unidade de cardiologia de intervenção.

25. No âmbito da presente Norma compete ao Conselho de Administração de cada unidade de saúde, no prazo máximo de três meses:

- a) Dotar as instalações com material e equipamento necessários à abordagem do Caso Suspeito Via Verde Coronária assim como dotar os recursos humanos com formação específica e adequada;
- b) Definir os aspetos organizativos e logísticos do processo, nomeadamente, a responsabilidade das diferentes unidades de saúde na gestão das vagas disponíveis, pelos responsáveis designados localmente, devendo ser previamente informado o Centro de Orientação CODU das situações de inoperacionalidade;
- c) Garantir os meios necessários para o registo obrigatório efetivo dos Casos Suspeitos de Via Verde Coronária.
- d) Assegurar a realização de auditorias internas (pelo menos de 3 em 3 meses), com elaboração de relatório a apresentar ao Conselho de Administração, e implementar um processo de monitorização contínua da qualidade de cuidados prestados;
- e) Disponibilizar o contacto telefónico atualizado dedicado à Via Verde Coronária para conhecimento de todos os intervenientes, incluindo o INEM/CODU;
- f) Nomear um coordenador local da Via Verde Coronária que deve articular-se com a equipa do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares.
- g) Garantir a operacionalidade e adequação técnica dos meios de transporte secundário que permitam o estrito cumprimento dos tempos de transporte, bem como demonstração de operacionalidade permanente (24h/7 dias por semana) dos mesmos, independentemente do ponto de contacto hospitalar em que o doente se encontre do sistema de saúde.

26. No âmbito da presente Norma, deve ser realizado pela DGS/Programa Nacional para as Doenças Cerebro-cardiovasculares (PNDCCV), no prazo máximo de seis meses, um inquérito sobre as condições de transporte secundário a nível nacional, com atualização anual:

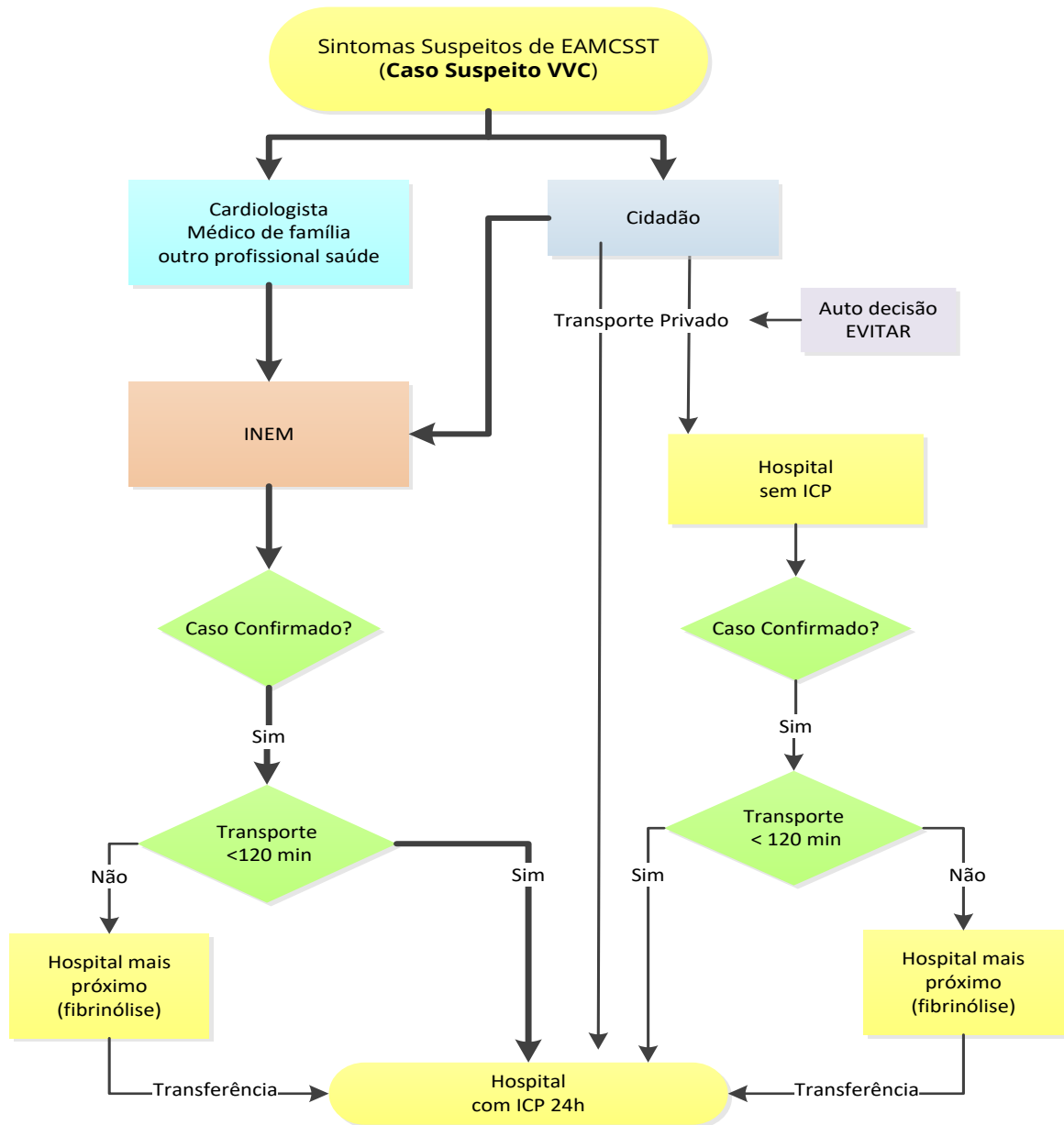
- a) Através de sistema de informação integrador dos dados do INEM e dos sistemas de registo hospitalar (S-Clinico e outros) da responsabilidade da DGS/PDCCV, os quais promovem a sua disponibilização aos vários intervenientes;
- b) O registo deve integrar todos os doentes que têm alta hospitalar com o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, de acordo com a respetiva codificação;

- c) O inquérito deve ser gerido por secretariado executivo e acompanhado por uma comissão com representantes das diferentes entidades envolvidas.
27. Qualquer exceção à presente Norma deve ser fundamentado clinicamente, com registo no processo clínico.
28. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o determine.

Rita Sá Machado  
Diretora-Geral da Saúde

## ALGORITMO CLÍNICO

Pré-Hospitalar do EAMCSST <sup>1</sup>



Nota: as linhas a cheio representam o percurso para o Caso Suspeito VVC. As restantes representam vias a evitar. Hospital com ICP 24 – unidade com disponibilidade para realização de angioplastia primária 24 horas por dia, sete dias por semana.

## INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

### Conceptual

Via Verde é o nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar um sistema de resposta rápida em determinada patologia. Incorpora algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processo patológico frequente, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, isto é, em que "tempo é tecido" e em que "tempo é vida"<sup>4</sup>.

### Organizacional

- A. É fundamental o reconhecimento precoce dos sintomas e sinais de EAM no Caso Suspeito VVC, através da utilização direta do número de emergência nacional (112) e funcionamento eficaz de um sistema de orientação pré-hospitalar por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), assegurando-se um transporte rápido para a unidade de cardiologia de intervenção. Estes elementos-chave reduzem o tempo para iniciar o tratamento e conseqüentemente diminuem a mortalidade e a morbilidade no EAM<sup>14</sup>. Para esse fim, é fundamental a existência de campanhas públicas de sensibilização para a população, que incentivem a procura rápida por serviços de emergência em caso de sintomas suspeitos de enfarte.
- B. Conforme orientações do PNDCCV, o tratamento otimizado de doentes com EAMCSST deve ser baseado na implementação de redes entre os hospitais com vários níveis tecnológicos, conectados por um serviço de emergência médica pré-hospitalar eficiente. O objetivo desta rede é oferecer cuidado otimizado enquanto minimiza os atrasos, de forma a melhorar o prognóstico clínico<sup>5</sup>. É por isso importante a integração de sistemas eletrónicos de registo e monitorização, facilitando a partilha de dados em tempo real entre os diferentes níveis de cuidados, promovendo uma resposta mais eficiente.
- C. No relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) e tendo por base o Documento Orientador sobre Vias Verdes em relação à VVC são definidos os polos de Rede de Serviços de Urgência Hospitalares para o EAM<sup>4,5</sup>.
- D. A referenciação definida é ancorada nos pressupostos da melhoria da qualidade assistencial urgente e emergente, da acessibilidade a este tipo de cuidados diferenciados, da equidade no seu acesso e da racional utilização deste tipo de recursos. O processo organizativo de

referenciação conduz a um sistema mais eficaz e eficiente na resposta que proporciona e equitativo na oferta que disponibiliza.

## **Clínica**

- A. Através da implementação da VVC pretende-se aumentar a utilização da estratégia de reperfusão de forma mais adequada e precocemente possível, no enfarte agudo do miocárdio com supra-ST (EAMCSST).
- B. O objetivo da VVC é a redução do tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Este intervalo é em grande parte determinado pelo período entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico. É justamente nas primeiras horas de EAM que ocorrem muitas das complicações fatais, em particular a fibrilhação ventricular. O reconhecimento precoce dos sintomas e sinais de EAM pelo doente ou seu acompanhante é, assim, fundamental<sup>1</sup>.
- C. A evidência demonstra a redução na mortalidade aguda e a longo prazo após EAMCSST, em paralelo com uma maior utilização de terapias de reperfusão, intervenção coronária percutânea primária, terapêutica anti trombótica moderna e tratamentos de prevenção secundária. Ainda assim a mortalidade permanece elevada, pelo que se recomenda um investimento, quer na resposta precoce em ambiente extra-hospitalar, quer na melhoria da organização do fluxo em ambiente hospitalar<sup>1,6</sup>.

## FUNDAMENTAÇÃO

- A. A doença arterial coronária é mundialmente reconhecida como a causa isolada mais frequente de morte<sup>6</sup>.
- B. De acordo com o INE, "em 2021, as doenças do aparelho circulatório continuam a constituir a principal causa de morte no país, com 32 452 óbitos, ou seja, 25,6% da mortalidade total ocorrida no país, com uma quebra de 6,2% relativamente ao ano anterior." A mulher constitui 55,6% do total destes óbitos, ocorrendo numa idade mais tardia em relação ao homem<sup>7,8</sup>.
- C. De acordo com os dados europeus publicados e relativos aos Estados Membros da União Europeia, a taxa de mortalidade padronizada (todas as idades e por sexo) por enfarte agudo do miocárdio em 2020 situa Portugal com 34,3 (H: 50,7; M: 22,3) para uma média europeia de 37,7 (H: 54,4; M: 24,4) (por 100.000 habitantes)<sup>9</sup>.
- D. Ainda segundo o INE, o número médio de anos potenciais de vida perdidos devido às doenças do aparelho circulatório foi de 10,7 em 2021. A doença isquémica do coração foi responsável por 6683 óbitos e o enfarte agudo do miocárdio 3077, em 2021. Finalmente, o óbito ocorre no enfarte agudo do miocárdio em média aos 72,9 anos no homem e 81,7 anos na mulher, obtendo-se um número médio de anos potenciais de vida perdidos de 11,5 anos<sup>7,8</sup>.
- E. O enfarte agudo do miocárdio constitui uma das patologias em que se verificou uma mais notória redução da mortalidade nas últimas décadas. Entre 2007 e 2020 verificou-se uma expressiva diminuição de óbitos por ano o que corresponde a uma redução da mortalidade padronizada de 36,3%<sup>5</sup>. Estes resultados foram obtidos através da criação da VVC, envolvendo a rede de cuidados pré-hospitalares, em estreita articulação com as Unidades Hospitalares de Cardiologia de Intervenção, após a definição de uma estratégia nacional de tratamento preferencial por angioplastia primária<sup>5</sup>.
- F. Em Portugal, no período de 2015-2021, 26 325 doentes foram submetidos a angioplastia primária, no enfarte agudo do miocárdio, conforme informação disponibilizada no site da DGS<sup>10</sup>.

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ICPs primárias	4018	3960	3359	3809	3928	3666	3585

- G. Segundo dados do INEM, em 2021 transportaram 898 doentes com suspeita de via verde coronária, o que corresponde a apenas 25% das angioplastias primárias realizadas nesse ano segundo dados da DGS<sup>11</sup>. Estes dados salientam a importância de otimização do panorama nacional.
- H. Em 2022, segundo dados do Registo Nacional de Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, os doentes submetidos a ICP primária, por milhão de habitantes e região apresenta a seguinte distribuição<sup>12</sup>:

Ano	Continente	Norte	Centro	LVT	Sul e Ilhas
2022	385	247	296	525	392

## **AVALIAÇÃO**

A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditorias externas e internas.

## **APOIO CIENTÍFICO**

A. A proposta da presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, do PNDCCV.

B. O conteúdo da presente Norma foi sujeito a validação científica pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas, criada pelo Despacho n.º 8468/2015, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 23 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 149, de 3 de agosto de 2015.

C. Os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma, à data da sua participação cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidade.

A presente Norma foi submetida a auscultação da Direção Executiva do SNS, I.P., Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, INEM, SPMS, E.P.E. e ACSS, I.P.

## SIGLAS/ACRÓNIMOS

<b>Siglas/Acrónimos</b>	<b>Designação</b>
BCRD	Bloqueio completo ramo direito
BCRE	Bloqueio completo ramo esquerdo
CCVVC	Caso confirmado Via Verde Coronária
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CRRNEU	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
CSVVC	Caso suspeito Via Verde Coronária
DGS	Direção Geral de Saúde
EAMCSST	Enfarte Agudo de Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST
ECG	Eletrocardiograma
HELI	Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
INE	Instituto Nacional Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
PNDCCV	Programa para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VVC	Via Verde Coronária

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023; 44: 3720-3826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.
2. Diercks DB, Peacock WF, Hiestand BC, et al. Frequency and consequences of recording an electrocardiogram >10 minutes after arrival in an emergency room in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes (from the CRUSADE Initiative). *Am J Cardiol.* 2006; 97: 437-42. doi: 10.1016/j.amjcard.2005.09.073.
3. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. ESC Scientific Document Group. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J.* 2019; 40: 237-269. doi: 10.1093/eurheartj/ehy462. PMID: 30165617.
4. Ministério da Saúde, Relatório da CRRNEU. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência Urgência. 2012.

5. Rede de referência hospitalar de Cardiologia 2023. Consultado em 17/2/2025 em [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/01.-Cardiologia\\_06032024.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/01.-Cardiologia_06032024.pdf)
6. Timmis A, Vardas P, Townsend N, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. Eur Heart J. 2022; 43: 716-799. doi: 10.1093/eurheartj/ehab892.
7. Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2022. Lisboa: INE, 2024. Disponível na [www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>](http://www.ine.pt/xurl/pub/439489924). ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0685-2.
8. Instituto Nacional de Estatística, Causas de Morte, Destaque publicado a 16.05.2023.
9. Direção Geral da Saúde. Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - evolução nos últimos anos.  
<https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i031328.pdf>. Consultado em [29.11.2024](#)
10. Eurostat.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_cd\\_asdr2\\_\\_custom\\_15379851/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2__custom_15379851/default/table?lang=en). Consultado em 17.2.2025.
11. Instituto Nacional Emergência Médica. <https://www.inem.pt/2022/02/14> (consultado em 17/02/2025).
12. Calé R, Pereira H, Luz A, et al. Portuguese National Registry of Interventional Cardiology: Official report of Percutaneous Coronary Angiography and Interventions from 2014 to 2023. Rev Port Cardiol 2025 (In Press). doi:10.1016/j.repc.2024.12.003