

RESOLUÇÃO Nº 1061/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 14 de maio de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

Considerando a Resolução CIB-ES n.º 1040, de 26 de abril de 2010, que aprova a instituição do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Centro do Espírito Santo.

Considerando pactuação em reunião do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Centro do Espírito Santo.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Fluxo da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Centro do Espírito Santo, com referência ao Infarto do Miocárdio, ao Acidente Vascular Cerebral e ao Trauma, conforme anexos.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 24 de maio de 2010.


ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

RESOLVE:

Designar a servidora efetiva, **ELENE ZAVOUDAKIS**, matrícula nº 2790947 para responder pelo cargo de **Gerente de Recursos Hídricos**, deste Instituto, no período compreendido entre 08.11.2010 a 15.11.2010.

Cariacica, 09 de novembro de 2010

Sueli Passoni Tonini
Diretora Presidente
Protocolo 69162

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO
Nº 390 -S

DE 10 DE NOVEMBRO DE 2010

A DIRETORA PRESIDENTE DO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
- SESA -

Portaria nº 202-R, de 10 de novembro de 2010

Aprova a 152ª alteração do Quadro de Detalhamento da Despesa da Secretaria de Estado da Saúde

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 96, inciso II da Constituição Estadual, e tendo em vista o disposto no Art. 18 e seus incisos da Lei nº 5.277, de 04 de agosto de 2009 e na Lei nº 5.400, de 20 de janeiro de 2010;

RESOLVE:

ART. 1º - Proceder na forma dos Anexos I e II a esta Portaria, a 152ª alteração do Quadro de Detalhamento da Despesa, publicado em conformidade com a Portaria SESA nº 003-R, de 25 de Janeiro de 2010.

ART. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANSELMO TOZI
Secretário de Estado da Saúde

QUADRO DE DETALHAMENTO DE DESPESA - ANEXO I - SUPLEMENTAÇÃO

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	NATUREZA	F	VALOR	RS
44.000 44.901	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE				
1830208132.698	ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR A REDE PÚBLICA Despesas com serviços de terceiros - passagens jurídicas	3.3.90.39.00	0135	300.000,00	
1830208292.714	MANUTENÇÃO DO CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM Despesas com material de distribuição gratuita	3.3.90.32.00	0135	25.000,00	
TOTAL				325.000,00	

QUADRO DE DETALHAMENTO DE DESPESA - ANEXO II - ANULAÇÃO

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	NATUREZA	F	VALOR	RS
44.000 44.901	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE				
1830208132.698	ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR A REDE PÚBLICA	3.3.90.33.00	0135	300.000,00	
1830208292.714	MANUTENÇÃO DO CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	3.3.90.39.00	0135	25.000,00	
TOTAL				325.000,00	

Protocolo 69120

ORDEM DE FORNECIMENTO
Nº. 044/2010

dopler de Veias de Membros Inferiores para a paciente Maria Branchini.

PROCESSO Nº. 47979089

VALOR: R\$235,00 (Duzentos e trinta e cinco reais).

ATA DE REGISTRO DE PREÇO
Nº 0039/2010

CONTRATANTE: Secretaria de Estado da Saúde - Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro.

Dotação Orçamentária: Atividade de 10302029027110000, elemento de despesa 339039, fonte 135 do orçamento do órgão requisitante para o exercício de 2010, conforme nota de empenho Nº 386/2010. Jerônimo Monteiro, 10/11/2010

CONTRATADA: Serviços de Diagnóstico por Imagem São Miguel Arcanjo S/C Ltda.

Antonio Dako
Direção Geral da UIJM
Protocolo 68757

OBJETO: Aquisição de Exame de Eco-

RESOLUÇÃO CIB Nº 1061/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 06 de agosto de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

Considerando a Resolução CIB-ES nº 1040, de 26 de abril de 2010, que aprova a instituição do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Centro do Espírito Santo.

Considerando pactuação em reunião do Comitê Gestor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Centro do Espírito Santo.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar o Fluxo da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Centro do Espírito Santo, com referência ao Infarto do Miocárdio, ao Acidente Vascular Cerebral e ao Trauma, conforme anexos.

Art.2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 24 de maio de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO E REGULAÇÃO DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS / INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

INTRODUÇÃO

As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) compreendem manifestações clínicas compatíveis com isquemia miocárdica e são divididas em dois grandes grupos dependendo dos achados eletrocardiográficos:

- SCA com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST)
- SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST)

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é usualmente utilizado como sinônimo da SCACSST e responsável por uma das principais causas de morte no Brasil. É importante ressaltar que aproximadamente metade dos óbitos ocorre na primeira hora após o início dos sintomas (principalmente por Fibrilação Ventricular), sendo que 25 a 35% desses não chegam a receber atendimento médico adequado. Com o conhecimento da sua fisiopatologia associado à implementação das Unidades Coronarianas (monitorização e desfibrilação precoce), introdução e aprimoramento das estratégias de reperfusão, houve redução considerável da mortalidade hospitalar do IAM para 6 a 10%. Também deve-se salientar que o atendimento inadequado e falha no diagnóstico pode resultar em liberação equivocada do paciente do serviço de urgência.

Estima-se em 300 a 400 mil casos de IAM no Brasil por ano e que, a cada 5 a 7 casos ocorra 1 óbito. Além disso, caso não resulte em morte, é responsável por significativa incapacitação funcional da população, acarretando em grandes prejuízos individuais e para a sociedade.

As SCASST podem apresentar alterações isquêmicas de onda T e segmento ST (infradesnivelamento ou retificação) ou apresentar ECG normal. São subdivididas em 2 grupos:

- Angina Instável
- IAM sem supradesnivelamento de segmento ST

A diferença reside basicamente na elevação de marcadores de necrose miocárdica (CKMB e troponinas) no IAM sem supradesnivelamento de ST.

Com o objetivo de aprimorar e uniformizar a abordagem nas SCA / IAM, e com isso reduzir sua taxa de mortalidade e os anos de vida perdidos da população, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo propôs a criação de protocolo e normatização do atendimento para serem seguidos em toda a rede de atenção da urgência e emergência.

REGULAÇÃO E ASSISTÊNCIA INICIAL NA SCA (Anexo 1)

Uma vez acionado o Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) com a queixa de dor torácica, esse atendimento é considerado prioritário, devendo as características da dor serem imediatamente avaliadas por profissional médico de maneira objetiva. O mesmo é válido em casos de procura espontânea aos Pronto Socorros e Pronto Atendimentos(níveis 1 e 3).

IX. Acompanhar a sistemática para atualização profissional permanente por telessaúde;

X. Desenvolver trabalhos cooperados com diversos órgãos governamentais e privados para facilitar a estruturação de telemedicina e telessaúde no estado; e

XI. Buscar articulação com Centros Colaboradores.

A Comissão terá a seguinte composição:

I. Cinco representantes da Secretaria de Estado de Saúde, (Gerência de Planejamento, Coordenação de Atenção Primária, CIES, Núcleo de Desenvolvimento de RH e Gerência de Tecnologia de Informação;

II. Um representante da Fundação de Amparo a Pesquisa - FAPES;

III. Um representante do Núcleo Universitário de Telessaúde NUTES/UFES;

IV. Um representante da Universidade Federal do Espírito Santo;

V. Um representante do Instituto Federal do Espírito Santo - IFES;

VI. Um representante do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/ES;

VII. Um representante do Conselho Estadual de Saúde;

VIII. Um representante da CIB Estadual;

IX. Um representante da Sociedade Capixaba de Medicina e Saúde da Família;

X. Um representante do CRM/ES;

XI. Um representante do fórum das IES.

RESOLUÇÃO Nº CIB 1006/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 05 de fevereiro de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

Considerando a Portaria GM/MS nº 118, de 19 de janeiro de 2006, que habilitou 01(um) Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, tipo I, no Núcleo de Especialidades de Vila Velha, antigo CRE Vila Velha;

Considerando o interesse da Gestão Estadual em municipalizar o CEO acima citado e que o município não disponibiliza o serviço;

Considerando que o município irá disponibilizar espaço físico apropriado, com a capacidade para atender um CEO, tipo II;

Considerando a possibilidade de cessão de recursos humanos, dos equipamentos existentes, dos recursos financeiros alocados no Fundo Estadual de Saúde, para aquisição de novos equipamentos para implantação do CEO, tipo II e para custeio;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a municipalização do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, localizado no CRE Vila Velha.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revoga das disposições em contrário

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO CIB Nº 1007/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993,

RESOLVE:

Art. 1º - Referendar as referências técnicas da Secretaria de Estado da Saúde e do COSEMS-ES para composição da Câmara Técnica da CIB Estadual, conforme lista anexa.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revoga das disposições em contrário

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

MEMBROS DA CAMARA TECNICA DA CIB-ES	
REPRESENTANTES DA SESA	SETOR
Eloá Sena Guillhen Ribeiro	GEDPI
Wallace de Medeiros Cazell	NEM/GERA
Marla Aparecida Carvalho Rodrigues	NEM/GERA
Valeria Nogueira Dias de Souza	NVE / GEVS
Vera Lúcia Peruch	SSAROAS
Giovana do Prado Ventorim	NVA / GEVS
REPRESENTANTES DO COSEMS-ES	MUNICÍPIO
Denize Santos Schneider	Vitória
Ednéia Figueira dos Anjos Oliveira	Alfredo Chaves
Marta Maria de Oliveira Gomes Souza	Vila Velha
Rodrigo Solodone Braga	Muniz Freire
Tânia Regina Rul Bastos	Trupã
Rosania Maria Pereira Lortato	Colatina
Edilson Maçã de Souza	Linhares

Protocolo 12859

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESP -

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3043/75 e, ainda, pela Lei Complementar nº 297, de 28.07.04, alterada pela Lei Complementar nº 400, de 03.07.07,

PORTARIA Nº 092-S, DE 08.03.2010

Art. 1º - DELEGAR competência à Subsecretária de Estado da Inteligência/SEI/SESP - **FABIANA MAIORAL FORESTO** - e a Assessora Especial/SESP- **DIANA MARIA SILVEIRA BATISTA** - para desempenharem, em conjunto ou isoladamente, sem prejuízo de suas funções, as seguintes atribuições, pelo prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta:

- a) Autorizar empenho, liquidação e pagamento;
- b) Autorizar despesas relativas a di-

árias, transportes e outras despesas de manutenção da SESP.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
Protocolo 12802

PORTARIA Nº 080-S de 02.03.2010

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 65, da Lei Complementar nº 46/94.

EXONERAR de acordo com o artigo 61, § 2º, alínea "a" da Lei Complementar nº 46/94, **Cristina Monteiro do Nascimento** do Cargo em Comissão de Assessor Especial Nível IV - Ref. QCE-03, da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social, a partir de 01.03.2010.

Protocolo 12810

Vitória (ES), Terça-feira, 09 de Março de 2010

29

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução n. 022/2009 do Colegiado Intergestores Bipartite Microrregional de Linhares, que aprova o credenciamento de 01(uma) Equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF para o município de Sooretama.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO CIB Nº 1001/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 05 de fevereiro de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução nº. 024/2009 do Colegiado Intergestores Bipartite Microrregional de Cachoeiro de Itapemirim, que aprova o credenciamento de 01(um) Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, no município de Mimoso do Sul.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO CIB Nº 1002/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 05 de fevereiro de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução nº. 022/2009 do Colegiado Intergestores Bipartite Microrregional de Cachoeiro de Itapemirim, que aprova a Proposta de Convênio de Estruturação da Policlínica Bolívar de Abreu, recurso de Emenda Parlamentar, no município de Cachoeiro de Itapemirim.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO CIB Nº 1003/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 05 de fevereiro de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

Considerando a Portaria GM n.º 3432, de 12 de agosto de 1998, que estabelece critérios de classificação para unidades de Tratamento Intensivo - UTI.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o cadastramento de 02(dois) leitos de UTI adulto do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO CIB Nº 1004/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 05 de fevereiro de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

Considerando a Portaria GM/MS nº. 3.008, de 01 de dezembro de 2009, que determina a Programação das Ações de vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do pacto e demais providências de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas oelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) do Estado do Espírito Santo, para o biênio 2010-2011.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO CIB Nº 1005/10

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião ordinária realizada em 05 de fevereiro de 2010, 14 horas, no auditório do LACEN/SESA.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Instituição, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil, com atribuições e composição conforme anexo.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário

Vitória, 10 de fevereiro de 2010.

ANSELMO TOZI
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO

Fica instituído, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Brasil, com as seguintes atribuições:

I. Submeter à Coordenação Nacional, o Projeto de implantação do Telessaúde Brasil no estado;

II. Coordenar a implantação e monitorar o funcionamento do programa no estado;

III. Apresentar o Plano de Trabalho relativo à implantação, pactuado na CIB entre o gestor estadual, municipais e universidades integrantes do projeto acompanhados de Termo de Compromisso, assinado pelo Secretário Estadual de Saúde, Secretários Municipais e Reitores das Universidades integrantes do projeto.

IV. Designar um Coordenador, responsável por manter a interlocução constante com a Coordenação Nacional do Programa.

V. Atualizar e alimentar o sistema nacional de informações do Programa junto ao Ministério da Saúde através de relatório semestral de atividades, comprovando o atingimento das metas previstas no Plano de Trabalho.

VI. Submeter, após aprovação na CIB, à Coordenação Nacional do Programa o Plano Operativo Anual contendo definição das metas físicas das unidades, atendimentos, e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos e definição das metas de qualidade;

VII. Elaborar proposta para estabelecer padrões de intercâmbio de informações, avaliação de qualidade de projetos de telemedicina e telessaúde das instituições integrantes do projeto;

VIII. Realizar estudo e avaliação de propostas para reembolso de serviços desenvolvidos por instituições universitárias e hospitalares, na área de saúde, por meio do uso de recursos de telemedicina e telessaúde;

Vitória (ES), Terça-feira, 09 de Março de 2010

MARATÃOZES		
Defensores Públicos (02)	Extensão	Designações
Adriana Clara da Lima	Extensão	
Sandra Costa da Resende	Extensão	
MARCHEL FLORIANO		
Defensores Públicos (01)	Extensão	Designações
Délio Casiano Vargas	Extensão	
SANTA LEOPOLDINA		
Defensores Públicos (01)	Todas as áreas	Designações
Carlos Roberto Lepecki	Todas as áreas	
RÃO JOSÉ DO CALÇADO		
Defensores Públicos (01)	Extensão	Designações
Carlos Alberto Torres de Oliveira	Extensão	
PONTO BELO		
Defensores Públicos (01)	Todas as áreas	Designações
Jaime Santos de Oliveira Junior (Prefeito)	Todas as áreas	

Protocolo 13059

Portaria nº 063, de 08 de março de 2010.

A DEFENSORA PÚBLICA-GERAL, no uso de suas atribuições legais;

CONSIDERANDO a Portaria nº 059, de 05.03.2010, pub. no DIO em 08.03.2010.

CONSIDERANDO o Edital nº 001, de 17.09.2009, pub. no DIO em 22.09.2009.

CONSIDERANDO a Lei Complementar nº 55/94, o §4º do artigo 116 c/c artigo 97-A, I, da Lei Complementar nº 80/94, acrescido pela LC 132/2009;

RESOLVE:

1º - Publicar a lista de antiguidade dos Defensores Públicos do Estado, computando-se em anos, meses e dias o tempo de serviço no nível e na carreira;

Defensor Público - Nível I

Ordem	Defensor Público	Nº Profissional	Inscrição	Exatidão	Tempo de Serviço DP
1	Luiz Américo Longo	302720	21/09/1961	18/04/1992	20 anos, 10 meses e 22 dias
2	Edmar Augusto Sant'Ana	273369	17/10/64	18/04/1992	16 anos, 10 meses e 02 dias
3	Luciano Leal de Faria	325658	24/11/64	18/04/1992	16 anos, 10 meses e 22 dias
4	Adriana Clara da Lima	273527	19/03/1961	19/03/1992	15 anos, 02 meses e 22 dias
5	Adriana Clara da Lima	273527	19/03/1961	25/11/1992	15 anos, 03 meses e 15 dias
6	Adriana Clara da Lima	273527	19/03/1961	17/08/1992	14 anos, 03 meses e 25 dias
7	Monica Antonio da Oliveira Faria	270292	01/11/62	23/01/1992	14 anos, 02 meses e 20 dias
8	Alma Maria Lopes de Souza	273533	15/11/1959	30/01/1992	14 anos, 02 meses e 14 dias
9	Rafael da Silva Cunha	273531	30/12/1964	30/01/1992	14 anos, 02 meses e 02 dias
10	Luiz Roberto Lopes	306872	27/11/1961	20/03/1992	14 anos, 02 meses e 22 dias
11	Maria Sora Graziela R. Rosari	115934	11/02/1961	21/09/1992	14 anos, 02 meses e 21 dias
12	Nilton Milton Lopes de Souza	273525	24/01/1962	24/09/1992	14 anos, 02 meses e 14 dias
13	Adriana Clara da Lima	273527	19/03/1961	23/03/1992	14 anos, 02 meses e 17 dias
14	Adriana Clara da Lima	273527	19/03/1961	1/09/1992	14 anos, 02 meses e 08 dias
15	Luiz Wilson Lopes Rosari	262672	29/03/1961	1/09/1992	14 anos, 02 meses e 08 dias
16	Teodoro Antonio da Silva Queiroz	273530	19/06/1962	30/09/1992	14 anos, 02 meses e 23 dias

Defensor Público Titular - Nível II

Ordem	Defensor Público	Nº Profissional	Inscrição	Exatidão	Tempo de Serviço DP
1	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
2	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
3	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
4	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
5	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
6	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
7	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
8	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
9	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
10	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
11	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
12	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
13	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
14	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
15	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
16	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
17	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
18	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
19	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
20	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias
21	Luiz Roberto Lopes	262672	29/03/1961	05/03/2007	02 anos, 11 meses e 24 dias

Defensor Público Superior - Nível III

Ordem	Defensor Público	Nº Profissional	Inscrição	Exatidão	Tempo de Serviço DP
1	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
2	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
3	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
4	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
5	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
6	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
7	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
8	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
9	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
10	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias

10	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
11	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
12	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
13	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
14	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
15	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
16	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
17	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
18	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
19	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
20	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
21	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
22	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
23	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
24	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
25	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
26	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
27	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
28	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
29	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
30	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
31	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
32	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
33	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
34	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
35	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
36	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
37	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
38	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
39	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
40	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
41	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
42	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
43	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
44	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
45	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
46	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
47	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
48	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
49	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
50	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
51	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
52	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
53	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
54	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
55	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
56	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
57	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
58	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
59	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
60	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias

Defensor Público Superior Titular - Nível IV

Ordem	Defensor Público	Nº Profissional	Inscrição	Exatidão	Tempo de Serviço DP
1	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
2	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
3	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
4	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
5	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
6	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
7	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
8	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
9	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
10	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
11	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
12	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
13	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
14	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
15	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
16	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
17	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
18	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
19	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
20	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
21	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972	14/03/2007	02 anos, 02 meses e 24 dias
22	Luiz Roberto Lopes	262672	02/11/1972</		

PORTARIA Nº. 060,
08 de março de 2010.

A Defensora Pública Geral, no uso de suas atribuições legais e, tendo em vista o disposto no Art. 247 e seguimentos da Lei Complementar nº. 46/94 e Art. 49 da Lei Complementar 55/94,

RESOLVE:

Art. 1º - Constituir Comissão Interna de Sindicância, composta pelos servidores - Defensores Públicos de Nível IV, membros do Conselho Superior da Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo:

- Drª. Maria Regina Cavalcanti Potiguara, matrícula nº. 363586, Dr. Carlos Roberto Leppaus, matrícula nº. 347933, e o Defensor Público Dr. Carlos Alberto Torres de Oliveira, matrícula nº. 388730, sob a presidência do primeiro.

Art. 2º - A comissão terá como atribuição de apurar as possíveis irregularidades dos atos e fatos nos Processos Disciplinares Administrativos.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

Vitória - ES, 08 de março de 2010.

ELIZABETH YAZEJI HADAD
DEFENSORA PÚBLICA GERAL
Protocolo 12868

ORDEM DE SERVIÇO Nº 037,
05 de março de 2010.

A SUBDEFENSORA PÚBLICA GERAL, no uso de suas atribuições legais, assinou o seguinte Ato:

Doutora Lindinalva Cordeiro da Fonseca, para atuar provisoriamente, no 1º e 2º Juizado Especial Cível, e extensão na Justiça Volante de Vila Velha/ES, Comarca da Capital.

Esta Ordem de Serviço entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória - ES, 05 de março de 2010.

SANDRA MARA VIANNA FRAGA
SUBDEFENSORA PÚBLICA GERAL
Protocolo 12809

ORDEM DE SERVIÇO Nº 038,
08 DE MARÇO DE 2010.

A Subdefensora Pública Geral, no uso das atribuições legais, assinou o seguinte ato:

Considerando o estabelecido nos Artigos 2º, do Decreto nº 1956-R, de 31 de outubro de 2007, publicado no Diário Oficial de 01/11/2007, que Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo,

RESOLVE:

Designar os seguintes Defensores

Públicos como representantes da Instituição:

Titular:
Dr. Fábio Ribeiro Bittencourt

Suplentes:
Primeira Suplente - Drª. Samantha Webster Machado Mendes;

Segundo Suplente - Dr. Gustavo Costa Lopes

Esta Ordem de Serviço entra em vigor, na data de sua publicação.

Vitória- ES, 08 de março de 2010.

Sandra Mara Vianna Fraga
Subdefensora Pública Geral
Protocolo 12883

Chefe de Gabinete do
Governador

RESUMO DOS ATOS ASSINADOS PELO CHEFE DE GABINETE DO GOVERNADOR, DELEGACÃO DE COMPETÊNCIA PELO DECRETO Nº 180-S/2009.

PORTARIA Nº 178-S, DE 08.03.2010.

NOMEAR EDVALDO COSTA MAGGIONI de acordo com o Art. 12, Inciso II, da Lei Complementar nº 46, de 31 de janeiro de 1994, para exercer o cargo, em comissão, de Supervisor de Segurança, Ref. QC-04, da Secretaria de Estado da Justiça, localizado na Penitenciária Agrícola do Espírito Santo - PAES.
Protocolo 12447

PORTARIA Nº 179-S, DE 08.03.2010.

NOMEAR, de acordo com o artigo 12, Inciso II, da Lei Complementar nº 46, de 31 de janeiro de 1994, **MARIVALDA SILVA SOARES**, para exercer o cargo de provimento em comissão de Assistente Técnico, Ref. QC-04, da Secretaria de Estado de Saneamento, Habitação e Desenvolvimento Urbano.
Protocolo 12867

PORTARIA Nº 180-S, DE 08.03.2010.

NOMEAR, de acordo com o artigo 12, Inciso II, da Lei Complementar nº 46, de 31 de janeiro de 1994, **ANGÉLICA NOGUEIRA DE SOUZA TEDESCO**, para exercer o cargo de provimento em comissão de Assessor Especial Nível IV, Ref. QCE-03, da Secretaria de Estado de Saneamento, Habitação e Desenvolvimento Urbano.
Protocolo 12869

PORTARIA Nº 181-S, DE 08.03.2010.

NOMEAR, de acordo com o artigo 12, Inciso II, da Lei Complementar nº 46, de 31 de janeiro de 1994, **CLAUDIA TELES MUNARO**, para exercer o cargo de provimento em

comissão de Assessor Especial Nível IV, Ref. QCE-03, da Secretaria de Estado de Saneamento, Habitação e Desenvolvimento Urbano.
Protocolo 12870

PORTARIA Nº 182-S, DE 08.03.2010.

NOMEAR, de acordo com o artigo 12, Inciso II, da Lei Complementar nº 46, de 31 de janeiro de 1994, **MAYRA MEIRELLES**, para exercer o cargo de provimento em comissão de Agente de Serviço I, Ref. QC-05, da Secretaria de Estado de Saneamento, Habitação e Desenvolvimento Urbano.
Protocolo 12871

SECRETARIA DE ESTADO
DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
- SECT -

ORDEM DE SERVIÇO Nº 008, DE 08 DE MARÇO DE 2010.

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO DE COMPLEMENTAÇÃO EDUCACIONAL

Pelo presente, a Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia neste ato representada pela Chefe de Grupo de Administração e Recursos Humanos, Sra. **SILVANA DAS GRAÇAS BINDA**, resolve Contratar, estagiário selecionado pelo Programa JOVENS VALORES, **DYEISON CERQUEIRA ELMOR**, a partir de 08 de março de 2010 até 31 de dezembro de 2010.

Vitória, 08 de março de 2010.
SILVANA DAS GRAÇAS BINDA
Chefe de Grupo de
Administração e Recursos
Humanos
Protocolo 12994

Fundação de Amparo à
Pesquisa do
Espírito Santo - FAPES -

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO Nº 023,
DE 26 DE FEVEREIRO DE 2010.

A DIRETORA ADMINISTRATIVO-FINANCEIRA DA FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESPÍRITO SANTO - FAPES, no uso de suas atribuições legais e na delegação de competência que lhe foi outorgada, através da Instrução de Serviço nº 001, de 04.01.2010, publicada no DIO-ES de 06.01.2010,

RESOLVE:

SUSPENDER as férias regulamentares do mês de **MARÇO**, da servidora **VALÉRIA FIRME DE MENEZES**, nº funcional 2833220, relativas ao exercício de 2010, reservando-lhe o direito de gozar os 30 (trinta) dias oportunamente.

Vitória, 26 de fevereiro de 2010.
***Maria Tereza Cainagli Lima**
Diretora Administrativo-Financeira
Protocolo 12936

SUPERINTENDÊNCIA
ESTADUAL DE
COMUNICAÇÃO SOCIAL
- SECOM -

O Superintendente Estadual de Comunicação Social, no uso das atribuições legais assinou o seguinte ato:

Portaria nº 011-S de 05.03.2010

TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO E COMPLEMENTAÇÃO EDUCACIONAL DO PROGRAMA "JOVENS VALORES"

ESTAGIÁRIO:
Nível Médio

Vitor Hugo Soares Carneiro e Alexandre Bazileu Gouveia
Vigência: 08.03.2010 a 31.12.2010

Valor da Bolsa: 70 % (setenta por cento) da 1ª referência do padrão 01 e 04, da tabela de Subsídio do padrão 01 a 05 do Quadro Permanente do Serviço Civil do Poder Executivo.
Dotação Orçamentária:

Atividade: 10104.2412208002.101

Elemento: 3.3.90.36.00.

Amparo Legal: Lei nº 11.788/2008 e Decreto nº 1.195-s de 06.11.2009

Vitória, 05 de março de 2010

Maria Angela Botelho Gaivão
Superintendente Estadual de
Comunicação Social
Protocolo 13062

SECRETARIA DE ESTADO DE
ECONOMIA E
PLANEJAMENTO
- SEP -**Instituto Jones**
dos Santos Neves - IJSN -

RESUMO DO PRIMEIRO TERMO
ADITIVO AO CONTRATO
Nº. 022/2008.

Processo nº 41821459
Concorrência Pública nº001/2008

CONTRANANTE: Instituto Jones dos Santos Neves - IJSN
CNPJ/MF Nº. 27.316.918/0001-09

CONTRATADO: TECNOMAPAS LTDA.
CNPJ/MF Nº. 01.544.328/0001-31

OBJETO: I- prorrogar até 28/02/2011 o prazo de vigência previsto no item 7.1 da Cláusula Sétima do Contrato em referência, e, até 30/11/2010, o prazo de execução dos serviços. II- alterar o Cronograma Físico Financeiro, conforme Anexo Único, parte integrante do presente Termo.

DA RATIFICAÇÃO: Continuam em pleno vigor todas as demais cláusulas e condições fixadas no contrato ora aditado e ratificado, no que não colidirem com o presente termo.

A manifestação clínica típica da SCA / IAM é a dor torácica em 75 a 85% dos pacientes. É usualmente prolongada (> 20 minutos), podendo ser desencadeada por esforço físico, estresse ou ocorrer em repouso. Geralmente é de forte intensidade, tem característica opressiva, em aperto, queimação ou peso, pode haver irradiação para membros superiores, pescoço, mandíbula e epigástrico, e estar associada a náuseas, vômitos, sudorese e dispnéia. Pode ser aliviada parcialmente com repouso ou uso de nitratos. Deve-se lembrar que alguns grupos de pacientes costumam se manifestar de forma atípica e sem dor torácica, especialmente idosos, diabéticos e mulheres. Relato prévio de cardiopatia isquêmica, Angioplastia Transluminal Coronária (ATC) ou cirurgia de Revascularização Miocárdica (RM) pode auxiliar no diagnóstico, assim como a presença de fatores de risco para doença aterosclerótica :

- Idade : homens ≥ 45 anos e mulheres ≥ 55 anos;
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Diabetes melito;
- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- História familiar para doença aterosclerótica precoce em parentes de 1º grau: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos.

1- Dor sugestiva de SCA

Caso a dor seja classificada como sugestiva de SCA, deve ser definido o seu tempo de início (ΔT), pois quando este for inferior a 12 h ou, mesmo que prolongado (> 12h) porém com persistência da dor no momento do atendimento, há indícios de presença de miocárdio viável em sofrimento e, dependendo dos achados eletrocardiográficos, poderá haver indicação de terapia de reperfusão. Ainda nessas situações, deve-se encaminhar imediatamente uma Unidade de Suporte Avançado (USA). Na indisponibilidade imediata desta, acionar simultaneamente Unidade de Suporte Básico (USB) para minimizar o tempo do atendimento.

A primeira abordagem ao paciente consiste em anamnese dirigida, exame clínico objetivo com verificação dos sinais vitais (nível de consciência, PA, pulso, FC, FR, oximetria), monitorização cardíaca, repouso absoluto, acesso venoso periférico e administração de ácido acetilsalicílico - AAS (160 a 325 mg mastigado VO) e oxigênio suplementar por cateter nasal ou máscara (O2 2 a 4l/min) caso haja SatO2 < 90, dispnéia ou congestão pulmonar. Tais medidas devem ser feitas mesmo antes da realização do eletrocardiograma (ECG). Só se justifica não administrar AAS se alergia conhecida ao mesmo ou sangramento digestivo ativo estiverem presentes, sendo nessas situações substituído pelo clopidogrel. Em pacientes com importantes sinais de instabilidade clínica, devem ser priorizadas as medidas recomendadas para tais situações de urgência/emergência, como às preconizadas pelo Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC). É relevante enfatizar que desde o primeiro contato com o paciente o desfibrilador deve estar disponível no local do atendimento.

A seguir, a realização do ECG de 12 derivações pelo técnico de enfermagem nos primeiros 10 minutos é fundamental para diferenciação das duas grandes situações clínicas das SCA : presença ou não de supradesnivelamento de segmento ST. Esse diagnóstico diferencial é imprescindível pois são condições com peculiaridades fisiopatológicas e estratégias terapêuticas distintas. O traçado do ECG pode ser transmitido para uma central cardiológica, quando disponível, para apoio ao diagnóstico eletrocardiográfico e confirmação da terapia mais apropriada. Vale ressaltar a importância de realizar ECG seriado, em especial se não for identificada alteração isquêmica no primeiro registro ou no momento em que houver melhora ou piora repentina da dor torácica, bem como da necessidade de registrar as derivações V3R, V4R, V7 e V8 quando IAM inferior para diagnóstico de acometimento de ventrículo direito (VD) e parede posterior do ventrículo esquerdo (VE), respectivamente. Tal medida promove significativo incremento na sensibilidade diagnóstica do método. Alterações dinâmicas sugestivas de isquemia devem ser muito valorizadas.

Caso ECG não apresente supradesnivelamento do segmento ST, deve-se avaliar presença de critérios de gravidade e fazer estratificação do risco, sendo recomendável a utilização do escore de risco TIMI (anexo 2). Se o paciente for classificado como de alto risco, deve ser encaminhado para hospital nível 1. Caso contrário, seu destino será hospital nível 3.

2- Dor duvidosa de SCA

Presença de apenas poucas características que apontem para o diagnóstico de SCA. Nesta situação deve-se interrogar sobre a presença de critérios de gravidade como:

- grau de desconforto: dor importante, queimação intensa ou dispnéia

- (não se ater a localização da dor);
- duração > 15 min e ainda presente no momento da avaliação;
- presença de sintomas associados : sudorese fria, náuseas, vômitos, taquicardia ou dispnéia;
- idade > 30 anos;
- história prévia de IAM ou angina;
- perda temporária de consciência.

Na presença de tais critérios, a conduta é semelhante àquela descrita para dor sugestiva de SCA. Na sua ausência, segue o atendimento como dor com $\Delta T > 12h$ e sem persistência da mesma.

A pesquisa pelos critérios descritos também é importante para o diagnóstico diferencial com situações de gravidade clínica, que se manifestam com dor torácica como Dissecção de Aorta e Tromboembolismo Pulmonar, e que requerem atendimento médico imediato.

3- Provável dor não-cardíaca

Trata-se de dor com características que não sugiram SCA ou que apontem para diagnósticos alternativos (anexo 4). Nessas situações o paciente deve receber orientações gerais e ser encaminhado a serviço de urgência para avaliação do médico plantonista.

SCACSST / IAM : Estratégias de reperfusão

Uma vez detectado supradesnivelamento do segmento ST > 1 mm em pelo menos 2 derivações contíguas (alguns autores consideram > 2 mm nas derivações precordiais da parede anterior) ou Bloqueio do ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo, associado a dor torácica sugestiva de SCA com > 20 minutos de duração e < 12h de evolução (ou > 12h do seu início porém persistente no momento da avaliação) que não alivia com uso de nitratos, haverá indicação de terapia de reperfusão imediata (química ou mecânica). Vale enfatizar a necessidade da presença do critério clínico associado ao eletrocardiográfico.

Vários estudos e metanálises demonstram vantagens da terapia de reperfusão mecânica - Angioplastia Transluminal Coronária Primária (ATC primária) em relação à terapia trombolítica, quando realizados por operadores experientes e em serviços de grande volume. Tais vantagens englobam menor mortalidade, reinfarto e acidente vascular cerebral hemorrágico à favor da ATC primária.

Antes da terapia de reperfusão devem ser administrados:

- Clopidogrel: dose de ataque 300 a 600 mg (preferível se ATC) VO em pacientes ≤ 75 anos. Caso > 75 anos a dose de ataque é de 75mg assim como a dose de manutenção independente da idade.
Obs: 1 comp=75mg
Caso indicação cirúrgica - suspender clopidogrel idealmente por 7 dias

- Nitratos: dinitrato de isossorbida 5mg SL 5/5 minutos máximo 3 doses;
Nitroglicerina EV BIC: diluir 1 frasco 25 ou 50mg em 250 ml SF ou SG e iniciar com 5 a 10 μ g/min. Aumentar 5-10 μ g/min a cada 5 min até efeito desejado ou reações adversas ou dose máx 100-200 μ g/min.

Indicações: dor torácica persistente, hipertensão arterial, congestão pulmonar, grande área isquêmica. Não altera mortalidade. Contra-indicações: PAS < 90mmhg, infarto de VD, uso de inibidores da Fosfodiesterase (sildenafil e análogos) nas últimas 24h ou tadalafil nas últimas 48h.

Efeitos colaterais: cefaléia, hipotensão arterial, taquicardia reflexa. Importante considerar repetir ECG após administração dos nitratos, especialmente se houver alívio completo da dor torácica, pois pode tratar-se de vasoespasm coronariano simulando IAM (Angina de Prinzmetal). Neste caso não haverá indicação de reperfusão.

- Morfina: 2 a 4 mg EV.
Indicações: persistência da dor após nitrato, congestão pulmonar, intensa ansiedade ou agitação.
Efeitos adversos: depressão respiratória, náuseas e vômitos, hipotensão arterial.
Antagonista: Naloxone - 0,4 a 2 mg EV.
Pode mascarar critério de reperfusão de melhora da dor.

OBS: Anti-inflamatórios não-hormonais (exceto AAS) estão formalmente contra-indicados pois aumentam o risco de eventos cardiovasculares. Caso paciente faça uso crônico deve ser imediatamente suspenso.

A seguir, nova análise temporal em relação ao início da dor deve ser

realizada: se $\Delta T < 3$ h, deve ser priorizada terapia de reperfusão química com infusão de **trombolíticos** desde que não haja contra-indicações ao seu uso (anexo 3), especialmente no ambiente pré-hospitalar, uma vez que sua eficácia é bastante aceitável nesse período de tempo. O racional para trombólise pré-hospitalar se baseia na abreviação do tempo de reabertura da artéria e de isquemia aguda do miocárdio, com consequente redução do tamanho do infarto, grau de disfunção ventricular esquerda e mortalidade. Na impossibilidade de trombólise pré-hospitalar, deve-se realizá-la no hospital mais próximo (nível 1 ou 3).

O trombolítico ideal é aquele que reúne favorável custo-efetividade, logística de administração simplificada e reduzida incidência de eventos adversos hemorrágicos.

Caso a terapia trombolítica seja a indicada, só haverá sua efetivação se o **tempo 1º contato médico-agulha < 30 min**, ou seja o hiato de tempo entre o atendimento/realização do ECG e o início da infusão do trombolítico deve ser o mais breve possível.

O trombolítico a ser utilizado nos pontos de atenção fixos (hospitais níveis 1 e 3 e nos pronto-atendimentos) é a **Estreptoquinase (SK)**. Já a **Tenecteplase (TNK)** será o trombolítico de preferência nas seguintes situações:

- trombólise pré-hospitalar (nas Unidades de Suporte Avançado do SAMU);
- uso prévio de SK entre 4 dias e 1 ano;
- alergia conhecida a SK;
- história prévia de estreptococcia nos últimos 3 meses;
- pacientes com anatomia coronariana conhecida que estejam em programação cirúrgica.

Os Trombolíticos devem ser administrados da seguinte forma:

- **Estreptoquinase** : 1.500.000 U diluído em 250ml SF EV em 30-60 min.

Efeitos adversos: - hipotensão arterial - lentificar infusão + expansão volêmica com SF;
- vômitos - anti-eméticos;
- reação alérgica leve a moderada (prurido, lesões cutâneas) - lentificar infusão + anti-histamínicos e corticóides EV;
- reação alérgica grave(edema de glote, anafilaxia)- suspender infusão imediatamente + anti-histamínicos e corticóides EV + Adrenalina + vasopressores + expansão volêmica + trocar por TNK ou indicar ATC.

- **Tenecteplase** : dose única EV em bolus baseado no peso corpóreo:
< 60 kg = 30mg
60 - 69kg = 35mg
70 - 79kg = 40mg
80 - 89kg = 45mg
≥ 90kg = 50mg

O efeito adverso mais temido dos trombolíticos, sendo sua principal limitação é a ocorrência de complicações hemorrágicas, principalmente AVE hemorrágico, que ocorre geralmente nas primeiras 24h e é menos comum com a estreptoquinase. São considerados preditores de risco: idade avançada, baixo peso corpóreo e hipertensão arterial à apresentação.

Após infusão dos trombolíticos, deve-se avaliar em até 60-90 minutos a presença de critérios de reperfusão :

- redução da magnitude do supradesnivelamento de ST > 50% (principal critério);
- alívio da dor (critério falho especialmente se tiver administrado morfina);
- arritmias de reperfusão (Ritmo idioventricular acelerado - RIVA);
- pico enzimático precoce (critério tardio).

Caso tais critérios não estejam presentes, principalmente se houver persistência do supradesnivelamento de ST associado a permanência ou não da dor torácica, deve-se proceder imediatamente ATC de resgate ou salvamento em hospital nível 1.

ATC primária com implante de stent coronário na artéria culpada pelo infarto é preferível nas seguintes situações:

- presença de contra-indicação ao trombolítico;
- $\Delta T > 3$ h;
- idade > 75 anos;
- IAM anterior extenso;
- instabilidade hemodinâmica: choque, edema agudo de pulmão (EAP.);
- Bloqueio átrio-ventricular (BAV) avançado que necessite de estimulação cardíaca artificial;
- ausência de critérios bem definidos para trombólise.

Para a ATC primária ser realizada é necessário que duas metas de tempo sejam contempladas:

- **Tempo 1º contato médico-balão < 90 min;**
- **Tempo de retardo < 60 min** (T 1º contato médico-balão subtraído do T 1º contato médico - agulha).

Na eventualidade desses tempos não serem passíveis de ser cumpridos, dá-se preferência aos trombolíticos.

Independente da terapia de reperfusão utilizada, o paciente deverá ser internado em Unidade Coronariana (UCO).

Se a procura espontânea do paciente for diretamente ao hospital nível 1, a primeira escolha de tratamento será ATC primária, desde que respeitados os tempos mencionados acima.

Na situação de dor sugestiva de SCA com > 12h de evolução e no momento do atendimento o paciente se encontrar sem dor, deverá ser encaminhada USB, com subsequente administração de AAS, realização do ECG e sua transmissão, quando disponível. Após este, o quadro clínico do paciente deverá ser reavaliado pelo médico regulador, que definirá o destino mais apropriado - hospital nível 1 ou 3.

Associadas à qualquer das estratégias de reperfusão, deve ser instituída terapia anticoagulante:

- **Enoxaparina**: em paciente com < 75 anos e sem disfunção renal a dose preconizada é: bolus EV 30mg seguido de 1 mg/kg SC 12/12h.

Caso > 75 anos não administrar bolus EV e reduzir para 0,75mg/kg SC 12/12h. Em casos de clearance de creatinina < 30ml/min : reduzir dose para 1mg/kg/dia SC ou utilizar heparina não fracionada EV. É a preferível como adjuvante ao TNK ou SK, devendo ser mantida por 48h. Menor incidência de plaquetopenia. Não necessário monitorização laboratorial.

- **Heparina não-fracionada**: bolus de 60 U/kg EV (máx=4.000 U) seguido de manutenção de 12 U/kg/h (máx=1.000 U/h) sendo ajustado a dose pelo PTTK em 1,5 a 2 vezes o controle (50-70 segundos). É a preferível durante ATC primária (dose 100 U/kg EV com redução para 70 U/kg se concomitante uso com IGIIb/IIIa), sendo usualmente administrada na sala de Hemodinâmica (controle da dose pelo TCA e conforme utilização de GPIIb/IIIa).

OBS: drogas antiagregante plaquetárias como Prasugrel e Ticagrelor, e anticoagulantes como Bivalirudina e Fondaparinux deverão em breve ser incorporadas ao arsenal terapêutico rotineiro das SCA no Brasil.

Os inibidores da Glicoproteína IIb/IIIa (IGPIIb/IIIa) são potentes antiagregantes plaquetários endovenosos que bloqueiam a via final da agregação plaquetária e são utilizados com frequência nas SCA, em especial como adjuvante à ATC primária (administração dentro do laboratório de hemodinâmica) ou nas SCASSST de alto risco, tendo demonstrado redução de mortalidade e de outros eventos isquêmicos adversos. Na vigência dessa classe de medicações, deve-se reduzir a dose de heparina não-fracionada durante ATC para minimizar complicações hemorrágicas e monitorizar cuidadosamente a contagem das plaquetas. São atualmente disponíveis no Brasil:

- **Abciximab** : ataque: 0,25mg/kg EV bolus seguida de manutenção 0,125 µg/kg/min (máx=10µg/min) por 12 h após ATC. Não deve ser utilizado nas SCA sem realização de ATC.

1 fr=10mg/5ml. Aspirar 4,5ml do frasco e diluir em 250 ml SF ou SG.

- **Tirofiban** : ataque: 0,4 µg/kg/min EV em 30 min seguida de manutenção 0,1 µg/kg/min EV por até 96h nas SCA de alto risco. É o IGPIIb/IIIa de escolha a ser utilizado nas SCASSST sem realização de ATC. Na vigência de ATC a dose de ataque é 10 µg/kg EV em 3 a 5 min seguida de manutenção 0,15 µg/kg/min EV por 12 a 24h após ATC. Alguns estudos sugerem maior dose de ataque (25 µg/kg). Diluir 1fr=50ml em 200 ml SF ou SG (50 µg/ml).

OBS: a retirada dos introdutores arteriais após ATC deve ser feita quando TCA<180seg ou após 6h da última dose de heparina não-fracionada ou após 8h da última dose da enoxaparina.

Terapia Adjuvante

Demais drogas a serem utilizadas como adjuvantes nas SCA:

- **Beta-bloqueadores**: devem ser prescritos preferencialmente VO se não houver contra-indicação ou risco de evoluir com choque cardiogênico. São contra-indicações:
 - BAV 2º e 3º grau;
 - intervalo PR > 0,24 seg;

Vitória (ES), Quinta-feira, 11 de Novembro de 2010

- broncoespasmo severo;
- FC < 50 bpm ou PAS < 90mmHg;
- IC descompensada;
- risco de choque cardiogênico: > 70 anos, PAS < 120 mmHg, FC > 110 ou < 60 bpm, longo tempo entre início dos sintomas e o atendimento médico.

Diabetes melito, tabagismo e insuficiência vascular periférica não são contra-indicação ao seu uso.

Podem ser utilizados em suas doses habituais VO: Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Carvedilol e Bisoprolol, sendo os três últimos indicados em caso de disfunção ventricular esquerda. Dar preferência aos de meia-vida curta.

Administração EV de Metoprolol 5mg 5/5min (máx=15 mg) pode ser necessário em pacientes hipertensos ou com taquiarritmias. Em casos de contra-indicação ou intolerância deve-se considerar uso dos antagonistas do cálcio como Diltiazem ou Verapamil.

• **Inibidores da ECA:** indicado em todos os pacientes pós-IAM, principalmente naqueles com disfunção ventricular esquerda, IC, diabéticos, hipertensos e com doença renal crônica. Iniciar nas primeiras 24h (em média cerca de 6 h após o infarto). As doses iniciais devem ser reduzidas e tituladas de acordo com a PA. Preferência por drogas de meia-vida curta como Captopril. Podem ser utilizados em suas doses habituais VO: Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, etc. Monitorização do potássio e da função renal deve ser feita após seu início. Tosse é um dos efeitos colaterais mais comuns. Em casos de intolerância, devem ser trocados pelos **Bloqueadores de receptores de Angiotensina II**, como Losartan e Valsartan.

• **Estatinas:** devem ser prescritas em doses altas já nas primeiras 24h a todos os pacientes com SCA, independente do seu perfil lipídico, objetivando LDL < 70 mg/dl. Podem ser utilizadas: Sinvastatina 80mg, Atorvastatina 80mg, Rosuvastatina 10 a 40mg e Pravastatina 40mg. Recomendável administrar à noite especialmente sinvastatina e pravastatina. Tem efeitos pleiotrópicos que independem da redução do colesterol. Quando iniciados na fase hospitalar aumentam muito a aderência a longo prazo. Monitorizar CPK, TGO e TGP rotineiramente. Mialgia é efeito colateral comum e geralmente bem tolerado.

• **Espironolactona:** administrar em pacientes pós-IAM que evoluam com disfunção ventricular esquerda e IC. Dose : 25-50mg/d. Monitorizar K rotineiramente. Efeitos colaterais: hipercalemia e ginecomastia.

Obs: controle rigoroso da glicemia é altamente recomendável.

Após avaliação inicial e conforme a evolução clínica podemos classificar o paciente de acordo com o estado hemodinâmico, utilizando a classificação de Killip, que tem correlação direta com prognóstico.

Classificação hemodinâmica de Killip no IAM

KILLIP	Característica	Pct (%)	Mortalidade em 30 d(%)
I	s/ estertores ou B3	85	5,1
II	Estertores, B3, estase jugular	13	13,6
III	EAP	1	32,2
IV	Choque cardiogênico	1	57,8

Exames complementares

Os exames complementares adicionais a serem realizados são :

- ECG nos primeiros 10 minutos e seriado;
- colher na admissão: glicemia, hemograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, TAP, PTTk (esses últimos devem ser repetidos após trombolíticos);
- marcadores de necrose miocárdica: CPK e CKMB (preferencialmente massa) e Troponinas I ou T. As primeiras devem ser colhidas na admissão e a cada 6 ou 8 h. Já as troponinas devem ter sua primeira coleta na admissão seguida de nova dosagem após 8 a 12h. CKMB é bom marcador de reinfarto porque tem turnover mais rápido enquanto que Troponinas são úteis no diagnóstico de infarto mais tardio (permanecem elevadas por até 10 a 14 dias);
- Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL e triglicérides) deve ser coletado na manhã seguinte à internação, em jejum, pois após esse

período toda sua dosagem fica subestimada;

- monitorizar função renal após exposição ao contraste iodado na ATC. Pico de nefrotoxicidade entre 48-72h;

- Radiografia de tórax é mandatória ser feita antes da infusão de trombolíticos caso haja alguma suspeita clínica de Dissecção de Aorta como diagnóstico diferencial, principalmente se IAM inferior; também demonstra sinais de congestão pulmonar;

- Ecocardiograma Transtorácico na fase inicial não é exame de rotina, entretanto pode ser útil no diagnóstico nos casos sugestivos de SCA na vigência de BRE antigo ou paciente portador de marca-passo, na suspeita de complicação mecânica do IAM como CIV, rotura de músculo papilar ou de parede livre com tamponamento cardíaco e no estabelecimento do diagnóstico diferencial. Além disso, é o principal exame para quantificação da função ventricular esquerda, que sabidamente é um dos principais determinantes do prognóstico.

SCASSST

A abordagem inicial das SCASSST é similar àquela já descrita nas SCACSST, exceto por não ter indicação de terapia de reperfusão de urgência. Algumas particularidades devem ser especificadas: preferência pela Enoxaparina em relação à Heparina não-fractionada; os IGPiIB/IIIA tem indicação nos casos de alto risco e a escolha será pelo Tirofiban; Clopidogrel deve ser administrados em todos os casos independente da estratificação de risco e da realização de ATC. Ressalva pode ser feita nos casos de realização imediata da coronariografia, quando pode-se optar pela administração do Clopidogrel somente após o reconhecimento da anatomia coronariana e a ausência de indicação de tratamento cirúrgico. Também é importante ressaltar que ao escolher entre Enoxaparina ou Heparina não-fractionada, esta não deve ser trocada por outra no momento de uma eventual ATC, ou seja, deve-se evitar o crossover.

Adicionalmente devemos realizar estratificação de risco clínico para, além de estabelecer o prognóstico inicial, orientar a investigação e a agressividade do tratamento a ser instituído. É recomendável a utilização do escore de risco TIMI (anexo 2). Também pode-se utilizar o escore GRACE, onde é avaliada a probabilidade de morte (anexo 5). Acrescenta-se aos exames complementares já descritos a escolha pela estratégia de estratificação : **Invasiva x Conservadora**. Na primeira é realizada coronariografia de rotina a todos os pacientes, enquanto que na última o cateterismo cardíaco com estudo coronariográfico só é realizado caso paciente evolua com isquemia recorrente espontânea ou induzida por exames provocativos não-invasivos, como Teste Ergométrico, Cintilografia de perfusão miocárdica ou Ecocardiograma sob estresse farmacológico. A opção pela estratégia deve respeitar a realidade e disponibilidade dos recursos. Além disso, é bem demonstrado que os maiores benefícios da conduta invasiva são demonstrados nos pacientes de piores escores clínicos de risco, especialmente se estiver presente infradesnívelamento de ST ou elevação de marcadores de necrose miocárdica, assim como nos pacientes que são submetidos a revascularização percutânea com implante de stent coronário ou cirúrgica sucedendo a coronariografia.

Dentre as vantagens da estratificação invasiva destacam-se:

- ↓ mortalidade e IAM
- diagnóstico e estratificação precoce
- avaliação da anatomia coronária e função ventricular esquerda
- resolução imediata da obstrução
- ↓ tempo de internação
- < angina recorrente
- < uso de medicação anti-isquêmica
- < rehospitalização e reintervenção

São consideradas indicações para estratégia invasiva:

- Angina / isquemia recorrente
- II troponinas / CKMB
- Infradesnívelamento de segmento ST
- sintomas de ICC / disf. VE
- provas funcionais de alto risco
- FE < 40%
- Instabilidade hemodinâmica
- Taquicardia Ventricular sustentada
- ATC < 6 meses
- CRM prévia
- Diabetes Mellito

O momento da realização da coronariografia também é motivo de discussão, sendo recomendado a sua execução precoce, ou seja, nas primeiras 24 a 48h da apresentação.

Anexo 5

Escore de risco GRACE

Escore total possível = 258

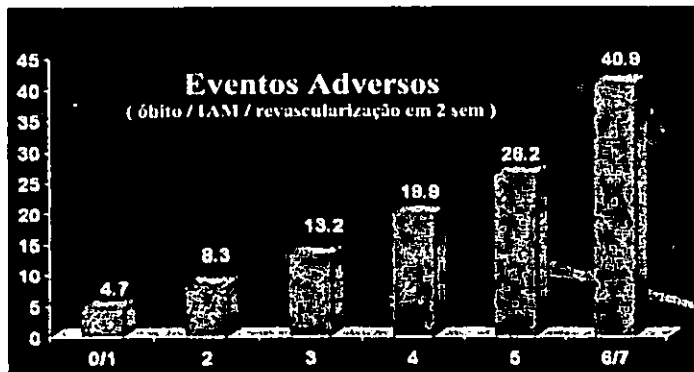
Idade (anos)	Classificação de Killip				
<40 = 0	classe I = 0				
40-49 = 18	classe II = 21				
50-59 = 36	classe III = 43				
60-69 = 55	classe IV = 64				
70-79 = 73					
≥80 = 91					
FC (bpm)	PCR na admissão = 43				
<70 = 0	Marcadores cardíacos elevados = 15				
170-89 = 7					
190-109 = 13	Desvio do segmento ST = 30				
110-149 = 23					
150-199 = 38					
>200 = 46					
PAS (mmHg)	Após somar os pontos:				
<80 = 63	< 96	96-112	113-133	>133	
180-99 = 58	mortalidade em 30 d(%)	3,1	5,3	5,9	11,2
100-119 = 47	mortalidade em 1 ano(%)	4,2	9,6	11,9	27,2
120-139 = 37					
140-159 = 26					
160-199 = 11					
>200 = 0					
Creatinina (mg/dL)					
0.0-0.39 = 2					
0.4-0.79 = 5					
0.8-1.19 = 8					
1.2-1.59 = 11					
1.6-1.99 = 14					
0.2-3.99 = 23					
>4 = 31					

Anexo 2

Escore de risco TIMI
(Antman, JAMA 2000; 284:835)

- Idade ≥ 65 anos 1
- ≥ 3 fatores de risco para DAC 1
- Estenose coronária prévia e ≥50% 1
- Uso de AAS ≥ 7 dias 1
- 2 crises de angina < 24 horas 1
- Desvio ST e ≥0,5 mm 1
- || marcadores de necrose miocárdica 1

Risco baixo : 0 - 2 pontos
Risco intermediário : 3 - 4 pontos
Risco alto : 5 - 7 pontos



Baixo risco Risco intermediário Alto risco

Anexo 3

Contra-indicações absolutas

- AVC hemorrágico ou AVC de origem desconhecida em qualquer tempo
- AVC isquêmico nos últimos 3 meses
- Dano ou neoplasia no sistema nervoso central
- Recente trauma maior/cirurgia /lesão encefálica (nos últimos 3 meses)
- Qualquer lesão vascular cerebral (MAV)
- Discrasia sanguínea conhecida ou sangramento ativo (exceto menstruação)
- Suspeita de dissecação de aorta
- Doença terminal

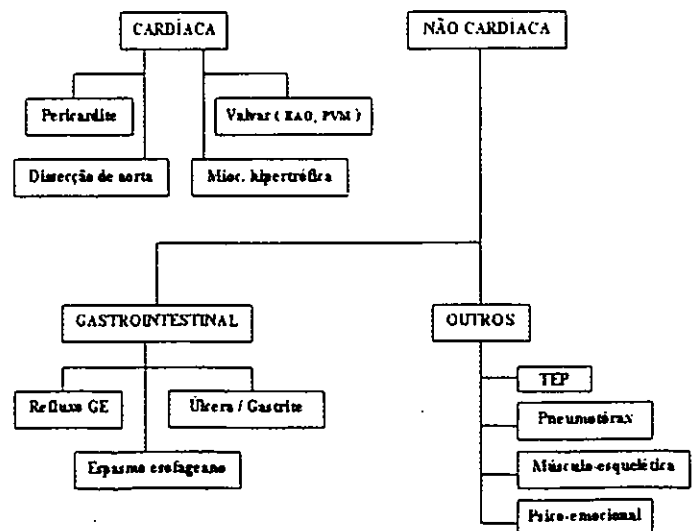
Contra-indicações relativas

- AVC isquêmico > 3 meses
- Terapia com anticoagulantes orais
- Gravidez ou período de pós-parto na última semana
- Funções não-compressíveis
- Cirurgia < 3 semanas
- RCP traumática ou > 10 min
- Hipertensão arterial não controlada (pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg)
- Doença hepática avançada
- Endocardite infecciosa
- Úlcera péptica ativa
- Exposição prévia a SK (mais de 5 dias) ou alergia
- Gravidez
- Sangramento interno < 2-4 semanas

Anexo 4

Diagnóstico diferencial de dor torácica isquêmica

CAUSAS NÃO ISQUÊMICAS DE DOR TORÁCICA



2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). *J Am Coll Cardiol* 2006; 47(1):e1-121.

22- Dehmer GJ, Blankenship J, Wharton TP, et al. The current status and future direction of percutaneous coronary intervention without on-site surgical backup: an expert consensus document from the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007; 69(4):471-478.

23- Jacobs AK. Regionalized care for patients with ST-elevation myocardial infarction: it's closer than you think. *Circulation* 2006; 113(9):1159-1161.

24- Jacobs AK, Antman EM, Ellrodt G, et al. Recommendation to develop strategies to increase the number of ST-segment elevation myocardial infarction patients with timely access to primary percutaneous coronary intervention. *Circulation* 2006; 113(17):2152-2163.

25- Marzegalli M, Oltrona L, Corrada E, [The network for the management of acute coronary syndromes in Milan: results of a four-year experience and perspectives of the prehospital and interhospital cardiological network]. *Ital Heart J* 2005; 6 Suppl 6:495-565.

26- Jacobs AK, Antman EM, Faxon DP, Gregory T, Solis P. Development of systems of care for ST-elevation myocardial infarction patients: executive summary. *Circulation* 2007; 116(2):217-230.

27- De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP, Antman EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation* 2004; 109: 1223-5.

28- Le May MR, So DY, Dionne R, et al. A citywide protocol for primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Eng J Med* 2008; 358: 231-40.

29- Yarzebski J, Goldberg RJ, Gore JM, Alpert S. Temporal trends and factors associated with extent of delay to hospital arrival in patients with acute myocardial infarction: the Worcester Heart Attack Study. *Am Heart J* 1994; 128: 255-63.

30- Kuller L, Perper J, Cooper M. Demographic characteristics and trends in atherosclerotic heart disease mortality: sudden death and myocardial infarction. *Circulation* 1975; 52(supl.III): 1-15.

31- Canto JG, Rogers WJ, Bowlby LJ, et al for the national registry of myocardial infarction 2 investigators. The prehospital electrocardiogram in acute myocardial infarction: Is its full potential been realized? *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 498-505.

32- Karagounis L, Ipsen SK, Jessop MR et al. Impact of field-transmitted electrocardiography on time in-hospital thrombolytic therapy in acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1990; 66: 786-91.

33- Task force of the European Society of Cardiology and the European Resuscitation Council. The pre-hospital management of acute heart attacks. *Eur Heart J* 1998; 19: 1140-64.

34- Savonitto S, Ardissino D, Granger CB, et al. Prognostic value of the admission electrocardiogram in acute coronary syndromes. *JAMA* 1999;281(8): 707-13

35- Morrison LJ, Verbeek PR, McDonald AC, Sawadsky BV, Cook DJ. Mortality and prehospital thrombolysis for acute myocardial infarction. *JAMA* 2000; 283: 2686-92.

36- Antonio Luiz R. Ribeiro, Lucas Lodi, UFMG, Abril de 2008, Brasil

37- Ting HH, Krumholz HM, Bradley EH et al. Implementation and Integration of Prehospital ECGs into Systems of Care for Acute Coronary Syndrome: A Scientific Statement from the American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research, Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiovascular Nursing and Council on Clinical Cardiology. *Circulation* 2008;118;1066-1079

38- Van de Werf F, Bax J, Betriu A et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* (2008) 29, 2909-2945.

39- Elliott M, Antman, Mary Hand, Paul W. Armstrong, et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration With the Canadian Cardiovascular Society Endorsed by the American Academy of Family Physicians: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, Writing on Behalf of the 2004 Writing Committee. *Circulation* 2008;117;296-329.

40- Frederick G. Kushner, Mary Hand, Sidney C. Smith, Jr, et al. 2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (Updating the 2005 Guideline and 2007 Focused Update). A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2009;120:2271-2306.)

41- Piegas LS, Feitosa G, Mattos LA, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*.2009;93(6 supl.2):e179-e264.

42- Mattos LA, Lemos Neto PA, Rassi A Jr, Marin-Neto JA, Sousa AGMR, Devito FS, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição - 2008). *Rev Bras Cardiol Invas*. 2008;16(supl.2):9-88.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS / IAM

PACIENTE PORTADOR DE DOR SUGESTIVA DE SCA OU DOR DUVIDOSA COM CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

SALA / UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Admissão em unidade de emergência com desfibrilador disponível;
Anamnese / exame físico dirigido: verificar contra-indicação ao trombolítico;
Suplementar oxigênio se SAT < 90% ou congestão pulmonar;
Monitorização cardíaca contínua;
Acesso venoso periférico calibroso;
Administrar AAS VO 160mg a 325mg; *
*Clopidogrel 300mg VO é opção nos casos de alergia a aspirina.

ECG DE 12 DERIVAÇÕES EM 10 MIN

Considerar transmissão do traçado e ECG seriado

Administrar clopidogrel 300mg a 600mg VO caso < 75 anos; se > 75anos- 75mg;
Administrar nitrato de isossorbida SL 5mg de 5/5min até 03 doses e seguido de nitroglicerina EV iniciar 5-10µg/min e aumentar 5/5min**
Considerar morfina 2 a 4mg EV caso dor persistente/congestão pulmonar; **
Iniciar betabloqueador preferencialmente VO sempre que possível**;
Exames complementares***
**observar contra-indicações; Repetir ECG 5 min após nitrato

SUPRA ST / BRE NOVO

ΔT < 12h ou > 12h com dor persistente

1- TERAPIA DE REPERFUSÃO

TROMBOLÍTICO****

-Sem contra-indicação;
-ΔT < 3h;
-T 1º contato-agulha < 30min;
****Estreptoquinase (SK) 1.500.000 UI EV 30-60min;
****TNK dose pelo peso corporal EV bolus para trombólise pré-hospitalar, alergia ou uso prévio de SK, infecção por estreptococo < 3 meses, programação de RM;
Ausência de critérios de reperfusão < 90min:realizar ATC de resgate

Vitória (ES), Quinta-feira, 11 de Novembro de 2010

35

OU
ATC PRIMÁRIA

- contra-indicação ao trombolítico;
- $\Delta t > 3h$;
- idade > 75 anos;
- IAM anterior extenso;
- choque ou EAP;
- BAV avançado;
- T 1º contato - balão < 90 min;
- T retardo < 60 min;

2- TERAPIA MEDICAMENTOSA*****

SEM SUPRA DE ST ou
SUPRA ST + $\Delta T > 12h$ sem dor persistente

1 - TERAPIA MEDICAMENTOSA*****

- Enoxaparina 1mg/kg/dose SC 12/12h ou heparina não-fractionada 60ul/kg EV + 12ui/kg/h;
- Tirofiban ou Abciximab reservados ao alto risco e na sala de hemodinâmica. Não administrar em associação com trombolíticos;
- Estatina em dose alta nas 24h iniciais do perfil lipídico;
- IECA nas 24h, especialmente se ICC, DM ou HAS; BRA caso intolerância;
- Espironolactona se ICC pós-SCA

2 - ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

- Realizar escore de risco TIMI ou GRACE;
- Definir elegíveis para estratégia invasiva x conservadora.

*** Exames Complementares

Admissão: glicemia, hemograma completo, uréla, creatinina, sódio, potássio, magnésio, TAP, PTTx;
 Marcadores de necrose miocárdica: CPK, CKMB(massa) na admissão e cada 6 a 8h; troponinas I ou T na admissão e após 8-12h;
 Perfil lipídico: CT, HDL, TG - manhã seguinte à internação em Jejum
 Rx tórax :suspeita de dissecação de aorta
 Ecocardiograma: fase inicial não é rotina

Protocolo 69002

Portaria nº 203-R, de 10 de novembro de 2010

Aprova a 153ª alteração do Quadro de Detalhamento de Despesa de Secretaria de Estado da Saúde

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 98, inciso II da Constituição Estadual, e tendo em vista o disposto no Art. 18 e seus incisos da Lei nº 9.277, de 04 de agosto de 2009 e na Lei nº 9.400, de 20 de janeiro de 2010;

RESOLVE:

ART. 1º - Proceder na forma dos Anexos I e II a esta Portaria, a 153ª alteração do Quadro de Detalhamento de Despesa, publicado em conformidade com a Portaria SESA nº 003-R, de 25 de Janeiro de 2010.

ART. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANSELMO TOZI
Secretário de Estado da Saúde

QUADRO DE DETALHAMENTO DE DESPESA - ANEXO I - SUPLEMENTAÇÃO

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	NATUREZA	F	VALOR
44.000 44.901	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE			
1030203851.691	AMPLIAÇÃO E REFORMA DO HOSPITAL SÃO LUCAS Despesas com obras e instalações	4.4.90.51.00	3104	2.359.841,59
1030203851.697	CONSTRUÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO Despesas com serviços de terceiros - pessoa jurídica	3.3.90.39.00	3104	415.870,75
TOTAL				2.775.712,34

QUADRO DE DETALHAMENTO DE DESPESA - ANEXO II - ANULAÇÃO

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	NATUREZA	F	VALOR
44.000 44.901	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE			
1030203851.691	AMPLIAÇÃO E REFORMA DO HOSPITAL SÃO LUCAS	4.4.90.51.00	0104	2.359.841,59
1030203851.697	CONSTRUÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO	3.3.90.39.00	0104	415.870,75
TOTAL				2.775.712,34

Protocolo 69124

ORDEM DE FORNECIMENTO
Nº 856/2010ATA DE REGISTRO DE PREÇOS
Nº 0287/2009PROCESSO Nº 47454989/
2009CONTRATANTE: Secretaria de
Estado da Saúde - SESA.CONTRATADA: NOVARTIS BIOCI-
ENCIAS S/A.

OBJETO: Aquisição dos medica-
mentos: Teofilina 200mg - comprimi-
do - 3.000 unidades, valor unitá-
rio R\$ 0,34 (trinta e quatro centavos)
e total de R\$ 1.020,00 (um mil e vinte reais), Deferasirox
500mg comprimido 3.600 unidades,
valor unitário R\$ 51,58 (cin-
quenta e um reais e cinquenta e
oito centavos) e total de R\$
185.688,00 (cento e oitenta e cin-
co mil seiscentos e oitenta e oito
reais), Rivastigmina 1,5mg comprimi-
do 32.284 unidades, valor
unitário R\$ 2,63 (dois reais e ses-
senta e três centavos) e total de
R\$ 84.906,92 (oitenta e quatro mil
novecentos e seis reais e noventa
e dois centavos), Deferoxamina,
Mesilato 500mg frasco ampola -
180 unidades, valor unitário R\$
20,76 (vinte reais e setenta e seis
centavos) e total de R\$ 3.736,80
(três mil setecentos e trinta e seis
reais e oitenta centavos) e Rivas-
tigmina 3mg cápsula - 92.008 uni-
dades, valor unitário R\$ 3,02 (três
reais e dois centavos) e total de
R\$ 277.864,16 (duzentos e setenta
e sete mil oitocentos e sessenta
e quatro reais e dezesseis centa-
vos).

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA -
Atividade: 10303023026920000
Elemento de Despesa 339032, Fonte
0104 e 0135, do orçamento do
órgão requisitante para o exercí-
cio de 2010.

DATA DA ASSINATURA - 03/11/
2010

ANSELMO TOZI
Secretário de Estado da Saúde
Protocolo 68883

ORDEM DE SERVIÇO 067,
DE 10/11/2010RESUMO DE TERMO DE COMPROMISSO
DE ESTÁGIO DO PRO-
GRAMA JOVENS VALORESÓRGÃO CONCEDENTE: SECRE-
TARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESTAGIÁRIOS/VIGÊNCIA

DAYANY SILVA CAMPOS
18/10/2010 a 17/10/2012CHRISTHIEN ALVES GOMES
05/10/2010 a 31/12/2011RAILAN DA SILVA DE BRAZ
25/10/10 a 31/12/2011VALOR DA BOLSA: 70% (setenta
por cento) calculado sobre o valorda 1ª referência, do padrão 01 a
04, da Tabela de Subsídio do Pa-
drão 01 a 15 do Quadro Perman-
ente do Serviço Civil do Poder
Executivo.PROGRAMA DE TRABALHO: Ati-
vidade 10.122.0800.2690NATUREZA DA DESPESA:
3.3.90.36.00 - Remuneração de
Serviços Pessoais.

FONTE DE RECURSOS: 104

AMPARO LEGAL: Lei Federal
11.788, de 25 de setembro de 2008
e Lei Complementar nº 88, Art. 70,
de 26 de dezembro de 1996, com-
binado com o Decreto nº 1195-S,
de 06 de novembro de 2009, pu-
blicado no Diário Oficial de 09 de
novembro de 2009.

Vitória 10 de novembro de 2010.

MARIA DE LOURDES SOARES
Subsecretário de Estado da Saúde
Protocolo 68886

ORDEM DE SERVIÇO 068,
DE 10/11/2010

CONSIDERAR RENOVAO, na for-
ma do Decreto nº 1195-S, de 06
de novembro de 2009, publicado
no Diário Oficial de 09 de novem-
bro de 2009, os Contratos de Bol-
sa de Complementação Educacio-
nal dos estagiários da Secretaria
de Estado da Saúde, abaixo rela-
cionados, nos seguintes períodos:
LUCIANA PESSE SOARES DOS
SANTOS
16/11/2010 a 31/07/2011

PABLO FERNANDES DOS SAN-
TOS
18/11/2010 a 31/12/2010

WESLEY CORDEIRO LOPES
16/11/2010 a 15/11/2011
Vitória 10 de novembro de 2010

MARIA DE LOURDES SOARES
Subsecretário de Estado da Saúde
Protocolo 68891

ORDEM DE FORNECIMENTO
Nº 860/2010ATA DE REGISTRO DE PREÇOS
Nº 0287/2009

PROCESSO Nº 47455357/2009

CONTRATANTE: Secretaria de
Estado da Saúde - SESA.CONTRATADA: EXPRESSA DIS-
TRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS
LTDA.

OBJETO: Aquisição do medica-
mento Divalproato de Sódio
250mg - comprimido - 450 unida-
des, valor unitário R\$ 0,57 (cin-
quenta e sete centavos) e total de
R\$ 256,50 (duzentos e cinquenta
e seis reais e cinquenta centavos).
DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
Atividade: 10303023026920000
Elemento de Despesa 339032, Fonte
0104, do orçamento do órgão
requisitante para o exercício de
2010.