

PROTOCOLO CLÍNICO: MANEJO DA DOR TORÁCICA NO PRONTO ATENDIMENTO

Autores: Glenda Ramá Oliveira da Luz, Gleidilene Freitas da Silva, Ana Carolina Godinho Fontenele, Andressa Gabrielle de Almeida Garcia, Harlen Gabriela Barrios Lamar, Luisa Sthefener Alencar Alves
Thais Cristinne de Sousa Silva, Jair Martins

Tipo de documento	PROTOCOLO CLÍNICO	Emissão: 04/2025
Título do documento	MANEJO DA DOR TORÁCICA NO PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA	Próxima revisão: 04/2027

1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Presença de dor torácica referida como opressiva, em aperto, em peso ou com irradiação para membros superiores, dorso, mandíbula ou epigástrico;
- Idade maior ou igual a 18 anos com queixa de dor torácica aguda (início recente ou piora significativa nas últimas 24 horas);
- Associação da dor torácica com sintomas como:
 - Dispneia (falta de ar);
 - Sudorese profusa;
 - Náuseas ou vômitos;
 - Palidez cutânea;
 - Síncope ou pré-síncope;
- Histórico pessoal ou familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo;
- Pacientes com ECG alterado, mesmo sem dor torácica típica, mas com queixas inespecíficas compatíveis com síndrome coronariana aguda.

2. ETAPAS DO PROTOCOLO:

Acolhimento/ Triagem (em até 10 minutos após chegada)

O paciente, ao ser submetido à Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester, é categorizado como prioridade Vermelho, Laranja, Amarelo ou Verde.

Verificar:

- Sinais vitais;
- Escala de dor (Escala visual analógica- EVA);
- Eletrocardiograma imediato;
- Saturação de O₂;

2.1 Avaliação Médica Imediata

- História clínica (dor, tempo de início, fatores associados);
- Fatores de risco (HAS, DM, tabagismo, histórico familiar);
- Exame físico;
- Solicitação de exames laboratoriais (troponina, CK-MB, CPK, hemograma);

2.2 Classificação de Risco (Escala de Dor Torácica)

- **Tipo A – Alta Prioridade**

- Cores (Machesti): **Vermelho ou Laranja**

- Classificação de Risco:

- Vermelho (Emergência): Risco imediato de morte, atendimento imediato.

- Laranja (Muito Urgente): Risco significativo, atendimento em até 10 minutos.

- Características Clínicas:

- Dor torácica intensa e típica (opressiva, irradiada para braço esquerdo ou mandíbula).

- Alterações no ECG: supra/infra de ST, inversão da onda T.

- Instabilidade hemodinâmica: hipotensão, taquicardia, sudorese, palidez, dispneia.

- História de angina instável ou infarto prévio.

Conduta: Ação imediata da equipe, avaliação médica urgente e intervenção.

Tipo B – Média Prioridade

- Cor (Machesti): **Amarelo**

Classificação de Risco:

- Amarelo (Urgente): Condição que pode evoluir para risco se não for tratada; atendimento em até 60 minutos.

Características Clínicas:

- Dor torácica menos típica ou atípica (pontada, localizada, relacionada à respiração ou movimento).

- ECG normal, mas com presença de fatores de risco cardiovascular:

-Hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, obesidade, histórico familiar.

-Sem sinais de instabilidade imediata.

Conduta: Avaliação médica rápida, monitoramento, exames complementares.

Tipo C – Baixa Prioridade

-Cor (Machesti): **Verde**

Classificação de Risco:

-Verde (Pouco Urgente): Sem risco evidente, atendimento pode aguardar.

Características Clínicas:

-Dor torácica não cardíaca (relacionada à ansiedade, refluxo, dor muscular).

-ECG normal, sinais vitais estáveis.

-Ausência de fatores de risco relevantes.

-Paciente em bom estado geral.

Conduta: Aguardar atendimento conforme disponibilidade. Orientações e, se necessário, encaminhamento ambulatorial.

3 CONDUTA INICIAL DE ENFERMAGEM

- Monitorização cardíaca contínua;
- Oximetria de pulso;
- Oxigenoterapia, se $\text{SatO}_2 < 94\%$;
- Acesso venoso periférico calibroso;
- Administração de medicação conforme prescrição.

4 HISTÓRIA CLÍNICA

A anamnese é essencial para estratificação do risco e diferenciação entre causas cardíacas e não cardíacas da dor torácica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002). Durante o acolhimento, o profissional de enfermagem deve levantar informações essenciais, como:

- Início, duração, localização e intensidade da dor torácica;
- Irradiação da dor (para braço esquerdo, mandíbula, dorso, etc.);
- Fatores de alívio ou piora (repouso, esforço físico, uso de nitratos);
- Sintomas associados: dispneia, náuseas, sudorese, palpitações, síncope;
- Histórico pessoal de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial,

- diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo;
- Uso de medicações contínuas e antecedentes familiares de infarto.

Esses dados devem ser registrados com precisão no prontuário e utilizados para definição do risco clínico e conduta imediata.

5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico inicial é clínico e deve ser complementado com exames auxiliares solicitados de forma precoce, idealmente já na triagem por profissional de enfermagem, conforme protocolo. A atuação da enfermagem nesse processo é respaldada pela Resolução Cofen nº 240/2021, que autoriza a solicitação de exames complementares por enfermeiros capacitados (COFEN, 2021). São exames fundamentais:

- 5.2.1 Eletrocardiograma (ECG): Deve ser realizado em até 10 minutos após o acolhimento do paciente com dor torácica. Alterações como supradesnível do segmento ST, infradesnível, inversão de onda T ou bloqueios sugerem SCA;
- 5.2.2 Marcadores de necrose miocárdica (troponinas): Auxiliam na confirmação de infarto e devem ser coletados na admissão e reavaliados após 3-6 horas, conforme protocolos clínicos;
- 5.2.3 Exames complementares: Radiografia de tórax, hemograma, eletrólitos, função renal e outros exames poderão ser solicitados conforme evolução clínica e suspeitas diagnósticas diferenciais.

A integração entre avaliação clínica, ECG e marcadores cardíacos permite a rápida estratificação do risco e definição da conduta terapêutica, evitando atrasos no tratamento e reduzindo desfechos adversos.

6 FATORES DE RISCO

- 6.2.1 Nutrição Inadequada;
- 6.2.2 Sedentarismo;
- 6.2.3 Dislipidemia;
- 6.2.4 Hiperglicemia;
- 6.2.5 Hipertensão Arterial;
- 6.2.6 Obesidade;
- 6.2.7 Riscos Populacionais Seleccionados (Idade avançada, raça/etnia e diferenças entre os sexos);
- 6.2.8 Trombose/Tabagismo;

6.2.9 Disfunção Renal e Genética com a Hipercolesterolemia Familiar
(SEGALLAA, et, al, 2023).

7 FATORES PRECIPITANTES

Os principais fatores precipitantes relacionados à dor torácica de origem cardíaca, especialmente o infarto agudo do miocárdio, incluem:

- 7.2.1 Estresse emocional intenso ou súbito (síndrome do coração partido);
- 7.2.2 Esforço físico abrupto ou fora do habitual;
- 7.2.3 Hipertensão arterial descontrolada;
- 7.2.4 Hipoglicemia ou hiperglicemia;
- 7.2.5 Tabagismo e uso de substâncias ilícitas (ex.: cocaína);
- 7.2.6 Infecções respiratórias ou sistêmicas (ex.: gripe, pneumonia);
- 7.2.7 Aumento da demanda de oxigênio em pacientes com doença arterial coronariana;
- 7.2.8 Falta de adesão ao tratamento medicamentoso prévio;
- 7.2.9 Distúrbios do sono (apneia obstrutiva do sono);
- 7.2.10 Anemia grave ou desidratação (BRASIL, 2022; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

8 EXAMES COMPLEMENTARES INDICADOS

Todos os pacientes com dor torácica compatível com síndrome coronariana devem ser avaliados com os seguintes exames, preferencialmente já no acolhimento:

- Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações – até 10 minutos da admissão;
- Troponina cardíaca (I ou T)– na admissão e repetida após 3 a 6 horas;
- Radiografia de tórax (PA)– para descartar causas pulmonares e verificar alterações estruturais;
- Hemograma completo;
- Glicemia capilar e/ou plasmática;
- Função renal (ureia e creatinina);
- Eletrólitos (sódio, potássio, magnésio);
- Gasometria arterial, se houver instabilidade respiratória ou sinais de hipóxia;
- Teste rápido de COVID-19 ou influenza, conforme contexto epidemiológico.

A realização do ECG em até 10 minutos da chegada é uma recomendação internacional para unidades de emergência (AMERICAN HEART ASSOCIATION,

2020).

A coleta precoce de troponina e demais exames laboratoriais também é parte do protocolo institucional do Hospital do Coração (HCor, 2021).

9 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento deve iniciar na sala de emergência, com base em evidências clínicas e protocolos assistenciais atualizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002). A abordagem multiprofissional melhora os desfechos clínicos e reduz o tempo de permanência.

- Monitorização cardíaca e oximétrica contínua;
- Oximetria, se $SPO_2 < 94\%$;
- Tratamento imediato (fase aguda)
- AAS 300 mg VO (se não houver contraindicação);
- Nitrato sublingual (ex.: isossorbida) para dor persistente, se $PAS > 100\text{mmHg}$;
- Morfina IV em caso de dor intensa e refratária;
- Beta-bloqueadores orais nas primeiras 24 horas (se indicado);
- Antiagregantes plaquetários (ex.: clopidogrel) sob orientação médica;
- Alteplase, um trombolítico (ativador do plasminogênio tecidual recombinante - rt-PA) que dissolve o coágulo responsável pela obstrução da artéria coronária no infarto com supradesnivelamento do segmento ST (IAM com supra de ST - IAMCSST).

10 PLANO TERAPÊUTICO SUBSEQUENTE:

- 10.2.1 Avaliação para angiografia coronariana conforme escore de risco;
- 10.2.2 Encaminhamento para unidade de terapia intensiva (UTI) em casos de IAM com supra de ST. Neste caso, realizar todo o protocolo e encaminhar o paciente para o Hospital Geral de Roraima- HGR;
- 10.2.3 Suporte psicológico ao paciente e à família;
- 10.2.4 Encaminhamento ambulatorial após estabilização.

11 PREVENÇÃO

A prevenção envolve educação em saúde, controle dos fatores de risco e ações institucionais que integrem os profissionais da linha de frente (BRASIL, 2022). Sendo as seguintes:

- Criação de ambiente clínico que favoreça triagem rápida e eficaz;
- Capacitação da equipe de enfermagem para identificação precoce dos sinais de alerta;
- Estabelecimento de fluxos assistenciais definidos e padronizados;
- Promoção de campanhas educativas sobre fatores de risco cardíaco;
- Estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida;
- Abandono do tabagismo;
- Prática regular de atividade física;
- Controle da hipertensão, diabetes e dislipidemia;
- Alimentação balanceada.

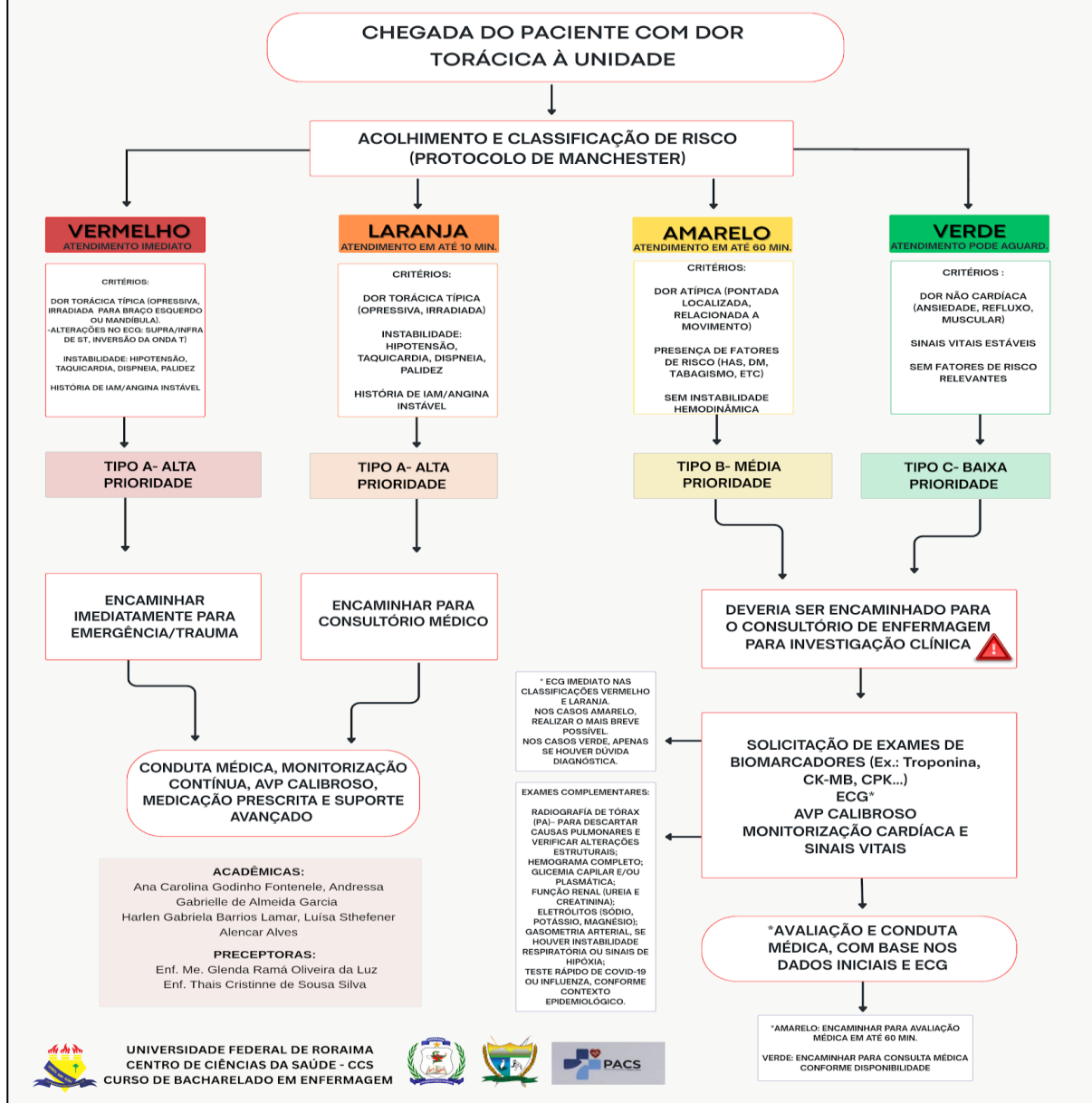
3. FLUXOGRAMA

Imagem 1. Fluxograma para o manejo ao paciente com dor torácica na unidade Pronto Atendimento Cosme e Silva.



PROTOCOLO DE MANEJO DA DOR TORÁCICA NO PRONTO ATENDIMENTO

COSME E SILVA



Legenda: Fluxograma do Protocolo de Manejo da Dor Torácica no Pronto Atendimento, desenvolvido por discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Roraima. O protocolo orienta o atendimento ao paciente com dor torácica conforme a classificação de risco do Protocolo de Manchester: **vermelho** (atendimento imediato), **laranja** (em até 10 minutos), **amarelo** (em até 60 minutos) e **verde** (pode aguardar). Destaca-se o direcionamento dos casos **tipo B** (amarelo) e **tipo C** (verde) para o consultório de enfermagem, fortalecendo a atuação clínica do enfermeiro na investigação diagnóstica inicial, solicitação de exames e monitorização dos sinais vitais, Boa vista- RR, 2025.