

CATÓLICA DE VITÓRIA CENTRO UNIVERSITÁRIO

AMANDA DOS SANTOS OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NO
CUIDADO HOSPITALAR**

VITÓRIA
2017

AMANDA DOS SANTOS OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NO
CUIDADO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico Salesiano, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Maristela Villarinho de Oliveira

VITÓRIA
2017

AMANDA DOS SANTOS OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA NO
CUIDADO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico Salesiano, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof.^a Maristela Villarinho de Oliveira, UCV - Orientadora

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Prof. XXXXXXXXXXXXXXXX, Instituição

Dedico a minha mãe, minhas irmãs, e primeiramente a Deus, que, desde os meus primeiros passos, estimularam meu desenvolvimento intelectual. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

A toda minha família por toda a dedicação e paciência contribuindo diretamente para meu sucesso.

Aos meus colegas de classe pelo companheirismo durante toda a faculdade.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado em especial a minha professora e orientadora Prof.^a Maristela Villarinho de Oliveira, por todo suporte durante o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a minha formação, muito obrigada.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

A dor torácica é reconhecida como uma das queixas mais recorrentes nos serviços de emergência hospitalares no mundo, essa realidade se reflete no Brasil. Os sintomas relacionados à dor torácica podem indicar diferentes alterações físicas e até mesmo psicológicas, uma vez que essa pode estar ligada desde os quadros de ansiedade até ao infarto agudo do miocárdio. Com isso, o enfermeiro que atua na emergência carece de capacitação, com objetivo de dominar as várias etiologias que podem implicar em dor torácica, além de ser apto a identificar gravidade. O trabalho em questão trata-se de uma revisão de literatura, na qual se objetivou compilar as pesquisas sobre a descrever a atuação do enfermeiro na utilização do protocolo de dor torácica no atendimento hospitalar baseado no protocolo de Manchester, no período de 2007 a 2017. A coleta de dados ocorreu em bases de dados como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As categorias chave foram: causas da dor torácica; avaliação da dor torácica; dor torácica; protocolos assistenciais. A avaliação da dor torácica é apresentada como um desafio para os enfermeiros, por causa das diferentes multicausalidade podem provocar dúvidas na classificação da dor. O emprego de protocolos aparece como uma ótima ferramenta com o objetivo de embasar as práticas do enfermeiro.

Palavra-chave: Sistematização. Protocolo. Qualidade. Enfermagem.

ABSTRACT

Chest pain is recognized as one of the most recurrent complaints in the hospital emergency services in the world, this reality is reflected in Brazil. Symptoms related to chest pain may indicate different physical and even psychological changes, since it may be linked from anxiety to acute myocardial infarction. Thus, nurses who work in the emergency need to be trained, in order to master the various etiologies that may imply chest pain, besides being able to identify severity. The paper in question is a literature review, in which the objective was to compile the research on describing the nurse's role in the use of the chest pain protocol in hospital care based on the Manchester protocol, from 2007 to 2017. Data collection took place in databases such as: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). The key categories were: causes of chest pain; Assessment of chest pain; Chest pain; Assistance protocols. The assessment of chest pain is presented as a challenge for nurses, because of the different multi-causality may lead to doubts in the classification of pain. The use of protocols appears as a great tool with the aim of supporting nurses' practices.

Keyword: Systematization. Protocol. Quality. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A escala visual/verbal numérica	32
Figura 2 - Escala visual analógica	32
Figura 3 - Escala de faces de dor	33
Figura 4 - Questionário de dor McGill	34
Figura 5 - Escala de dor comportamental	35
Figura 6 - Classificação de risco.....	59
Figura 7 - Exemplo fluxograma de prioridades clínicas: dor torácica.....	62
Figura 8 - Fluxograma dos discriminantes gerais	66
Figura 9 - Fluxograma geral de classificação do paciente com dor torácica.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de dor torácica de acordo com sua localização	36
Quadro 2 - Critérios pré-estabelecidos para classificar os pacientes	52
Quadro 3 - Características da dor torácica	54
Quadro 4 - Os principais protocolos existentes no mundo	55
Quadro 5 - Protocolo Australiano (Australian Triage Scale (ATS))	55
Quadro 6 - O protocolo canadense	56
Quadro 7 - Protocolo Espanhol (PE)	57
Quadro 8 - Protocolo de Manchester	57
Quadro 9 - As 52 condições pré-estabelecidas ou fluxogramas	61

LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATS - Australian Triage Scale

COFEN - Conselho Federal De Enfermagem

DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

EAs - Eventos adversos

EVA - Escala visual analógica

EFD - Escala de faces de dor

EVN - Escala visual/verbal numérica

GBCR - Grupo Brasileiro De Classificação De Risco

HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IOM - Institute of Medicine

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NTS - National Triage Scale

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PC - Protocolo Canadense

PE - Protocolo Espanhol

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PM - Protocolo de Manchester

SUS - Sistema Único de Saúde

SCA - Síndrome Coronariana Aguda

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

UDT - Unidade de Dor Torácica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 O CUIDADO HOSPITALAR	27
2.2 DOR COMO UM PROBLEMA PSICOFÍSICO	29
2.3 FISIOPATOLOGIA DA DOR	30
2.4 FISIOPATOLOGIA DA DOR TORÁCICA	36
2.4.1 Causas e epidemiologia da dor torácica	39
2.4.2 Fatores de risco para dor torácica	41
2.4.3 Incidência de dor torácica nos casos de infarto do miocárdio	42
2.5 AS UNIDADES DE DOR TORÁCICA	43
2.6 SEGURANÇA PARA O PACIENTE	46
2.6.1 Protocolos	49
2.6.2 Relevância do uso do protocolo	50
2.7 CLASSIFICAÇÕES DE RISCO	50
2.8 AVALIAÇÕES DA DOR TORÁCICA: O USO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	52
2.9 PRINCIPAIS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS UTILIZADOS NO MUNDO	55
2.10 PROTOCOLO DE MANCHESTER	58
2.10.1 Protocolo de Manchester: Objetivo e metodologias	60
2.11 O PERFIL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	63
2.12 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA DOR TORACICA: O ENFERMEIRO NO PROTOCOLO DE MANCHESTER	64
2.13 MÉTODOS DE AÇÃO NO TRATAMENTO DE DOR TORÁCICA	68
2.13.1 Atuação do enfermeiro no atendimento hospitalar na dor torácica	69
2.13.2 Enfermeiro: O uso de protocolos assistenciais na avaliação de dor torácica	71
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

A dor torácica é frequentemente evidenciada nos serviços de saúde, uma vez que a mesma está entre as maiores queixas nos setores de emergências. Em relação ao atendimento por dor torácica ocorridos por ano no Brasil, acredita-se que são atendidos mais de 4 milhões de pessoas, dessa quantidade cerca de 400 mil são diagnosticadas com infarto agudo do miocárdio (ARAUJO; MARQUES, 2007).

De modo geral, os sintomas atribuídos à dor torácica, por vezes podem levar ao diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, uma vez que os sintomas podem ser multicausal, tendo em vista que pode ser observado por meio de alterações ou distúrbios físicos ou até mesmo psicológicos. Normalmente a origem dessa doença pode ser desde problemas musculares, distúrbios psíquicos e também doenças cardíacas. Embora as patologias cardíacas não estejam evidenciadas como as doenças mais relacionadas à sintomas como a dor torácica, a existência da mesma é muito temida, já que essa possui uma elevada taxa de mortalidade mundial (ARAUJO; MARQUES, 2007).

No reflexo do cenário mundial, as patologias cardiovasculares são consideradas como principal causa de morte. Nesse sentido, a busca por padronização no atendimento pode auxiliar na qualidade do atendimento, uma vez que um diagnóstico correto pode possibilitar uma atenção hospitalar mais eficaz. Com isso, as pesquisas que visam à qualidade do cuidado à saúde tem como objetivo diminuir a distância entre o ideal e a prática (BRASIL, 2008).

De modo geral, a análise da dor torácica por diferentes profissionais da saúde é uma tarefa extremamente complexa, mesmo que exista uma grande demanda de clientes que apresentam dor torácica nos serviços de emergência hospitalar a padronização desse cuidado ainda não é eficiente, no qual pode gerar atraso e outras dificuldades no atendimento (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Ainda nesse sentido, grande parte dos óbitos por patologias relacionadas a dor torácica ocorrem fora do ambiente hospitalar, uma vez que cerca de 60% dos casos de óbitos ocorrem nas primeiras horas que a patologia se manifesta, cerca de 40% nas primeiras 24 horas, ou seja, normalmente as patologias relacionadas são rápidas. Com isso os pacientes que procuram precocemente um atendimento

especializado são beneficiados pelo grande avanço tecnológico nas terapias atuais (GOMES et al., 2014).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) transformou a cuidado na saúde, uma vez que promoveu a organização do trabalho, assim como dos profissionais e recursos utilizados (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Dentre os meios empregados durante a sistematização estão os protocolos. Esses possibilitam para as instituições de saúde um bom parâmetro para promover cuidados específicos e de forma estratégicas. Além de gerar maior segurança para os pacientes atendidos (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Compreender o protocolo de atuação em dor torácica no atendimento pré-hospitalar e hospitalar pode auxiliar os profissionais a realizar um atendimento de qualidade evitando assim, erros no diagnóstico e até mesmo dificuldades na atenção. Desse modo, as unidades que atuam no cuidado de dor torácica necessitam conhecer a rede a que estão integradas, com objetivo de facilitar a compreensão dos pacientes (GOMES et al., 2014).

O estudo em questão possui como objetivo geral: descrever a atuação do enfermeiro na utilização do protocolo de dor torácica no atendimento hospitalar baseado no protocolo de Manchester, seguido dos seguintes objetivos específicos: de identificar o perfil dos pacientes atendidos com dor torácica; conhecer os mais relevantes protocolos de atenção utilizados para classificar a dor torácica, identificar a incidência de IAM no atendimento ao paciente classificado com dor torácica.

A pesquisa em questão se deu por meio de uma revisão bibliográfica. Esse tipo de pesquisa ocorre por meio de um levantamento de toda bibliografia já publicada, seja em forma de livros, revistas, assim como publicações avulsas e imprensa escrita (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A busca se deu em bases como: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A pesquisa em questão é um trabalho de cunho qualitativo exploratório e descritivo, tendo em vista unificar de maneira adequada os métodos empregados neste trabalho, uma vez que esse é um dos melhores métodos para revisão e análise de dados de maneira geral (GIL, 2007).

Utilizamos como critérios de inclusão: estudos que atendem o objetivo do presente trabalho; pesquisas escritas em língua portuguesa e espanhola; que seja escrito de 2007 a 2017. Já os critérios de exclusão são: Pesquisas publicadas antes de 2007; que não sejam publicados em língua portuguesa e espanhola; que não apresentem relação com o objetivo do estudo em questão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CUIDADO HOSPITALAR

As inovações tecnológicas acabaram causando uma nova postura na atenção em saúde, como a fragmentação do ser para o fazer, promovendo uma maior preocupação com as doenças e seus sinais e sintomas do que com o indivíduo (CARAPINHEIRO, 2010).

Buscando contornar a atitude supracitada, ações que visem à humanização do cuidado passaram a ser realizadas, objetivando promover um cuidado responsável e que levam em conta as necessidades físicas e emocionais do paciente (CARAPINHEIRO, 2010).

O hospital é compreendido como um local profissionalizado, no qual estão reunidos profissionais, que estão em diferentes posições hierárquicas e em diferentes espaços de trabalho (SOARES, 2008).

O cuidado hospitalar pode ser compreendido como uma unidade de produção de atenção médica que agrupa diferentes profissionais, tecnologias, saberes e infraestruturas. A atenção proporcionada para os pacientes segue a linha tradicional que destaca o desenvolvimento da medicina com disponibilidade técnica e científica na atuação das patologias até a promoção da cura (ALVES, 2008).

O hospital deve ser capaz de possibilitar respostas efetivas às complexidades da saúde e também de seus usuários com resolução diagnóstica e metodológica num tempo reduzido, almejando a eliminação e redução do sofrimento e riscos, gerando a recuperação e a cura (GUEDES; CASTRO, 2009).

É importante inverter a centralidade que os hospitais possuem hoje no sistema de saúde, na qual é visto como o vértice, o topo da pirâmide dos ambientes assistenciais. Uma vez que o objetivo é constituir uma relação de parceria e complementariedade, proferindo os diferentes níveis do cuidado em saúde (GUEDES; CASTRO, 2009).

Uma das medidas para a suspensão da visão hegemônica da compreensão do processo saúde/doença em ambiente hospitalar é a realização de uma atenção em saúde voltada para o cuidado (SOARES, 2008).

A atenção em um hospital apresenta uma natureza multiprofissional, dependendo, da articulação do trabalho de diferentes profissionais. Ainda assim, o cuidado é uma somatória de diferentes e pequenos cuidados específicos (BRASIL, 2007).

O cuidado hospitalar ocorre dentro de um contexto racional entre as práticas hospitalares, local onde existe decomposição do ato médico geral, em diferentes atos diagnósticos e terapêuticos que são desenvolvidos por uma equipe multiprofissionais (ANDES, 2013).

O ambiente hospitalar deve ser observado como um ambiente relevante na construção do cuidado em saúde, já que nele circulam diferentes pessoas, que apresentam diferentes necessidades, e em diferentes períodos de suas vidas, chegando ao serviço de saúde mais fragilizado. Com isso, o ambiente hospitalar necessita promover acolhimento, escuta, vínculo e responsabilidade, constituindo um local estratégico para a realização do cuidado em saúde (ANDES, 2013).

A triagem pode ser compreendida como o ponto inicial do cuidado em saúde, e possui como finalidade a realização de uma avaliação, na qual é possível selecionar e direcionar os pacientes para as áreas ou aos profissionais adequados à suas necessidades (PEREIRA et al., 2010).

O enfermeiro apresenta conhecimentos e habilidades necessárias para a definição de prioridade e atendimento, uma vez que administra o fluxo de oferta e demanda dos pacientes, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade (BRASIL, 2012).

No Brasil, a triagem é compreendida como um meio de avaliar e classificar o risco que cada paciente está exposto. Esse procedimento visa a classificação imediata, levando em conta o potencial de risco, por meio de um cuidado que atende todos sem a prática de exclusão (BRASIL, 2012).

A dor é um dos sintomas frequentes nas queixas de pacientes durante uma avaliação. Com isso é importante que os profissionais que atuam nesse primeiro contato saibam diferenciar os mais diversos níveis de dor e sua relação com doenças (SILVA et al., 2014).

A dor pode ser um indicador fundamental de alerta para possíveis complicações do estado de saúde do indivíduo sendo, portanto, relevante a abordagem da mesma como quinto sinal do Sistema de Classificação de Risco (MORAIS et al., 2009, p. 74).

2.2 DOR COMO UM PROBLEMA PSICOFÍSICO

O sistema sensorial para dor apresenta uma ampla radiação, diferente dos demais sistemas sensoriais. Uma vez que a dor pode se iniciar em qualquer área do corpo ou até no próprio sistema nervoso central. Diferentes áreas podem ser emparelhadas aos diversos tipos de sensações de dor (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Existem diferentes percepções de dor, tendo em vista que a sensação de dor é claramente rica e multissensorial, uma vez que a qualidade e a sensibilidade podem ser bem variadas, assim como suas características afetivo-motivacionais (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

A dor é um importante domínio na vida humana, podendo ser a que mais apresenta sucesso, enganando diversas tentativas de conceituação consistentes, assim como de quantificação (ANDES, 2009).

A complexidade e também a natureza multidimensional, na qual são evidentes mesmo nas avaliações mais básicas dos diferentes tipos de dor, têm, em contrapartida, obstruído virtualmente o desenvolvimento de uma definição apropriada de dor, ou que, talvez, seja o mais relevante, impedindo a formação de uma definição para a dor, assim como a diversificação de técnicas empregadas na terapia claramente eficazes (ANDES, 2009).

Ainda nesse sentido, a avaliação e a mensuração da dor se tornou um problema psicofísico, na qual envolve a detecção, a identificação e também a magnitude da sensação a estímulos dolorosos (GOES, 2007).

A mensuração da dor certamente é uma das áreas mais relevantes no que se diz respeito ao estudo da dor. Levando em conta as pesquisas iniciais sobre a dor, interessados em sua mensuração, adaptaram a metodologia psicofísica com a necessidade de avaliar e mensurar a dor, seja ela clínica como a experimental (GOES, 2007).

Os métodos empregados atualmente são direcionados por meio da raiz histórica da psicofísica, campo da psicologia experimental que já por muito tempo se preocupa com as relações entre as respostas e as mensurações. Os estímulos podem

apresentar unidades físicas definidas, e as sem unidades físicas (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

As aplicações da psicofísica são importantes para o tratamento, sobretudo para a manipulação da dor aguda e crônica. Apresenta um papel destacado para clarificar os mecanismos da dor e, também provê uma base científica para os novos métodos de avaliações existentes (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

2.3 FISIOPATOLOGIA DA DOR

Ao analisar a dor, a mesma pode ser determinada como uma experiência emocional e sensorial desconfortável. Essa pode estar ligada ou não a uma lesão real. De maneira geral, a dor pode ser compreendida como um reflexo de proteção gerado pelo organismo, tendo como objetivo evitar uma possível injúria ou dano tecidual (SILVA, 2007).

Quando ocorre um dano tecidual, a dor existente possibilitará condições para a cicatrização. Com o surgimento da injúria é possível se introduzir o conceito de dor patológica que pode ser classificada como visceral, somática ou até mesmo a neuropática. Além disso, a dor pode ser classificada em dor aguda ou crônica (SILVA, 2007).

A dor está relacionada aos sinais dolorosos emitidos pelo sistema nervoso. O termo dor é mais aplicado aos seres humanos do que aos animais, tendo em vista que está diretamente relacionado ao emocional. Desse modo, o termo dor é empregado para pacientes humanos e dificilmente para animais (AZEVEDO, 2009).

“A exposição da pele ou qualquer outro órgão a estímulos potencialmente nocivos induz à sensação desagradável, informando o indivíduo sobre o perigo real ou potencial para sua integridade física” (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008, p. 1). Sendo assim, a informação processada pode ser classificada como fisiológica ou patológica.

A caixa torácica possui grande área e a mesma é inervada por extensas fibras e inervações fato que implica em diferentes apresentações clínicas, na qual a dor pode ser comum. Com isso, o aparecimento da dor visceral pode ocorrer na região

torácica, área que envolve desde os membros superiores até a face (RODRIGUES et al., 2013).

Quando existem lesões neurológicas podem produzir manifestações de dor de maneira distorcida, tornando difícil encontrar a base da dor. Ainda nesse sentido, as pesquisas que envolvem dores torácicas são pouco encontradas. De modo geral, esse tipo de dor pode surgir inesperadamente, e até mesmo apresentar curta duração ou não (AZEVEDO, 2009).

Os meios de avaliação de dor é bastante amplo e engloba a obtenção de dados ligados ao início, localização, nível de dor, duração, aspectos que podem iniciar ou reduzir a dor. Com isso, a redução da dor é considerada como um pré-requisito para favorecer o sucesso do tratamento, ou seja, a recuperação (FORTUNATO et al., 2013).

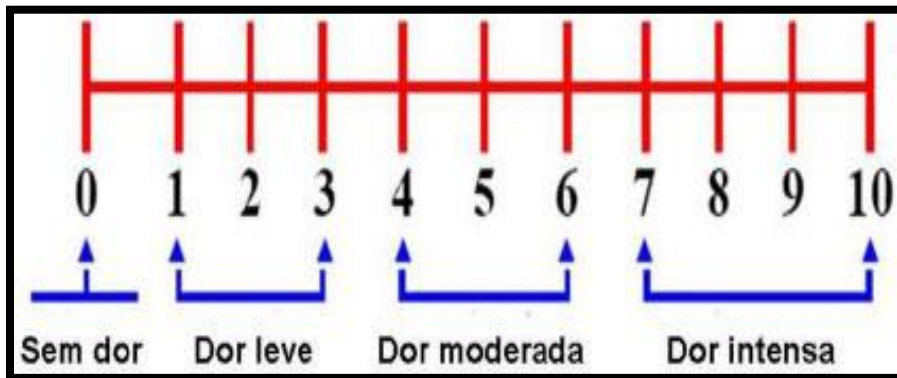
Em situações em que a dor não é controlada podem acontecer alterações respiratórias, assim como metabólicas e hemodinâmicas, além de promover o aumento da probabilidade de gerar instabilidade cardiovascular, elevação do gasto energético entre outras alterações (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

As escalas de dor mais utilizadas são: escala visual/verbal numérica (EVN), escala visual analógica (EVA), a escala de faces de dor (EFD) e a escala de dor comportamental. Estas podem ser empregadas para mensurar a intensidade da dor, no ambiente clínico por meio de valores numéricos (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

Essas escalas devem proporcionar subsídios para a equipe profissional a fim de identificar as alterações que ocorrem no indivíduo tratado. Para isso é importante que os profissionais sejam qualificados e treinados para aplicar e interpretar as escalas. Já que esse instrumento pode ir além de apontar as alterações, ele pode nortear as ações necessárias para cada paciente (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

É importante que o paciente esteja consciente de suas ações e pensamentos, já que esse deve referir sua dor em uma escala de zero a dez, na qual o nível zero “nenhuma dor” e dez “máxima dor”, como pode ser evidenciado na figura 1 a seguir. Essa escala apresenta uma expressão objetiva e de fácil utilização (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

Figura 1 - A escala visual/verbal numérica



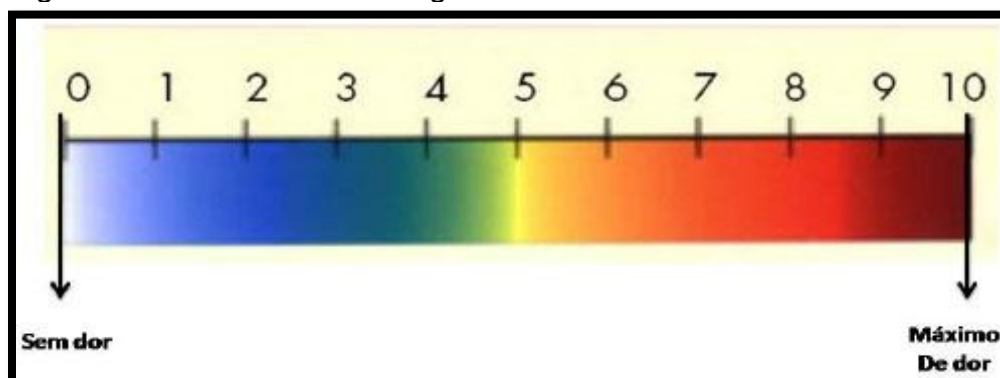
Fonte: Fortunato e outros (2013, p.110)

Mesmo que seja necessária a consciência do paciente, não é necessário que esse estabeleça contato visual com o profissional, uma vez que esse pode ser falado ao paciente, sendo considerada uma fácil aplicação para pessoas analfabetas ou que apresentam alguma alteração visual. Desse modo, esse tipo de escala pode ser aplicado a pacientes orientados e que apresentam boa capacidade cognitiva (FORTUNATO et al., 2013).

A escala visual analógica (EVA), possui algumas semelhanças com a EVN, contudo, necessitam ser obrigatoriamente existir um contato visual com o paciente, pois o mesmo deve ser capaz de apontar ou sinalizar o seu grau de dor (MORETE; MINSON, 2010).

A escala EVA, pode ser representada como uma régua numérica que possui 10 centímetros, com dez espaços iguais, representados de forma simples por meio de cores, na qual uma extremidade indica ausência de dor e a outra máxima dor, figura 2 (FORTUNATO et al., 2013).

Figura 2 - Escala visual analógica

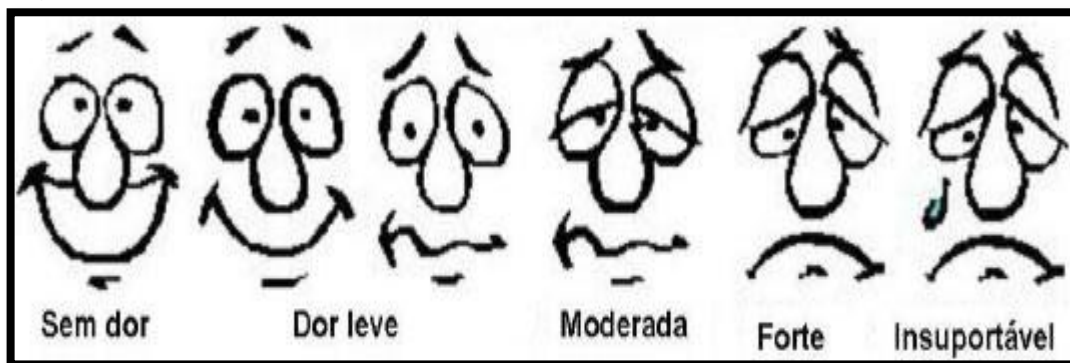


Fonte: Fortunato e outros (2013, p.110)

A EVN necessita que o indivíduo tratado esteja orientado, que apresente uma boa acuidade visual e também uma boa aptidão cognitiva, tendo em vista que a não participação direta do paciente pode dificultar a aplicação dessa escala (MORETE; MINSON, 2010).

A escala de faces de dor (EFD) apresenta relatos visuais, ou seja, expressões faciais que refletem o nível da dor. O paciente tratado deve analisar as expressões e indicar qual delas ele pode relacionar ao nível de dor que o mesmo está sentindo (MORETE; MINSON, 2010). Essa escala varia de zero a cinco, sendo a expressão inicial “sem dor” e a última “dor insuportável” (Figura 3).

Figura 3 - Escala de faces de dor



Fonte: Fortunato e outros (2013, p.111)

A escala é considerada limitada em unidade de terapia intensiva, uma vez que os pacientes normalmente são submetidos a elevadas doses de sedativos. Dessa forma esse fato pode interferir na capacidade do paciente em indicar seu nível de desconforto (FORTUNATO et al., 2013).

Existe também o questionário de dor McGill, que classifica a dor crônica em indivíduos adultos, por meio de autorrelato. Esse também necessita que o paciente esteja acordado e consciente, a dor do paciente é identificada de forma individual e subjetiva (MAGALHÃES et al., 2011; FORTUNATO et al., 2013).

O questionário de dor McGill, possui 20 categorias base, cada uma delas têm diferentes opções de respostas. Essas opções são apresentadas para os pacientes e ele deve escolher, entre as categorias, pelo menos uma que represente a dor que paciente está sentindo (Figura 4) (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

Figura 4 - Questionário de dor McGill

1. 1 – vibração 2 – tremor 3 – pulsante 4 – latejante 5 – como batida 6 – como pancada	2. 1 – pontada 2 – choque 3 – frio	3. 1 – agulhada 2 – perfurante 3 – facada 4 – punhalada 5 – em lança	4. 1 – fina 2 – cortante 3 – estraçalhada	5. 1 – beliscão 2 – aperto 3 – mordida 4 – cólica 5 – esmagamento
6. 1 – fisgada 2 – puxão 3 – em torção	7. 1 – calor 2 – queimação 3 – fervente 4 – em brasa	8. 1 – formigamento 2 – coceira 3 – ardor 4 – ferroadada	9. 1 – mal localizada 2 – dolorida 3 – machucada 4 – doída 5 – pesada	10. 1 – sensível 2 – esticada 3 – esfolante 4 – rachando
11. 1 – cansativa 2 – exaustiva	12. 1 – enjoada 2 – sufocante	13. 1 – amedrontada 2 – apavorante 3 – aterrorizante	14. 1 – castigante 2 – atormenta 3 – cruel 4 – maldita	15. 1 – miserável 2 – enlouquecedora
16. 1 – chata 2 – que incomoda 3 – desgastante 4 – forte 5 – insuportável	17. 1 – espalha 2 – irradia 3 – penetra 4 – atravessa	18. 1 – aperta 2 – adormece 3 – repuxa 4 – espreme 5 – rasga	19. 1 – fria 2 – gelada 3 – congelante	20. 1 – aborrecida 2 – dá náuseas 3 – agonizante 4 – pavorosa 5 – torturante

Fonte: Fortunato e outros (2013, p.115)

O questionário de dor McGill (1975), é dividido conforme a citação abaixo:

As categorias de 1 a 10 correspondem às respostas sensitivas, as de 11 a 15 são de caráter afetivo, o 16 é de caráter avaliativo e de 17 a 20 misturam as outras categorias. Após a aplicação do questionário o profissional precisa somar quantas palavras o paciente citou para descrever sua dor (mínimo de 20). Além disso, ainda é preciso somar a intensidade da dor descrita pelo paciente. Ele precisa indicar, numa escala de zero a cinco, o nível de intensidade de cada palavra que o mesmo escolheu em cada categoria. Este método ainda pode ser associado a um diagrama corporal para que o paciente indique, no desenho, o local da sua dor. Sua aplicação pode levar de três a cinco minutos aproximadamente, variando conforme o padrão de resposta do indivíduo. Exige maior treinamento por parte do profissional para interpretar os resultados da escala e escolher a melhor maneira de intervir (FORTUNATO et al., 2013, p.115).

Ainda assim, para que ocorra aplicação correta desse questionário é importante que o paciente possua alta capacidade cognitiva, já que esse deve ser capaz de indicar suas escolhas, de acordo com as categorias apresentadas (MORETE; MINSON, 2010).

Por fim a escala de dor comportamental, (Figura 5), é facilmente empregada e pode ser aplicada para avaliar a dor de pessoas sedadas ou as que estejam em ventilação mecânica (BOTTEGA; FONTANA, 2010; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2010).

Figura 5 - Escala de dor comportamental

Expressão facial	
Relaxada	1
Parcialmente tensa	2
Totalmente tensa	3
Fazendo careta	4
Movimentos dos membros superiores	
Relaxado	1
Parcialmente flexionado	2
Totalmente flexionado	3
Totalmente contraído	4
Ventilação Mecânica	
Tolerando movimentos	1
Tossindo, mas tolerando a maior parte do tempo	2
Lutando contra o ventilador	3
Impossibilidade de controle do ventilador	4

Fonte: Fortunato e outros (2013, p.117)

Possui uma variação de 3 a 12 e a avaliação ocorre por meio de expressão facial, assim como os movimentos do corpo, presença de tensão muscular e a existência de sincronia com o ventilador. Sendo assim se o paciente apresentar escore maior que 6 a dor é considerada inaceitável (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Para a escala comportamental a expressão facial dos pacientes é o item que mais auxilia para classificar o nível de dor, posteriormente de movimentos dos membros. Com isso podem ser relacionados como comportamentos de dor: rigidez, careta, pálpebras cerradas, lábio superior levantado, testa franzida, punhos cerrados e também a verbalização (MORETE; MINSON, 2010).

A escala comportamental possui maior quantidade de parâmetros a serem avaliados nos pacientes críticos, objetivando visualizar a pontuação alcançada em cada critério avaliado. Após adquirir as notas para cada categoria, essas notas devem ser somadas, para estabelecer um resultado final (MORETE; MINSON, 2010).

Desse modo, existem diferentes tipos de escalas e nenhuma delas podem ser definidas como ideal, mas na busca de uma escala ideal é importante que essa seja aplicável facilmente, deve apresentar uma fácil interpretação, assim como possibilitar

as alterações avaliadas, conseguir avaliar a sedação para possibilitar uma atenção de qualidade (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2008).

Para o profissional que aplica as escalas é indispensável que esse conheça as ferramentas, assim como o perfil dos pacientes relacionados para cada tipo existentes. Além disso, é importante que esse profissional seja qualificado e treinado. Uma vez que as escalas devem ser apreciadas pela equipe de enfermagem como um importante instrumento para a classificação e manejo da dor dos indivíduos tratados (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011).

2.4 FISIOPATOLOGIA DA DOR TORÁCICA

Ao analisar a fisiopatologia da dor, é necessário considerar três aspectos básicos: A localização da dor, irradiação e referencial. Em relação à dor torácica é comumente produzida pela liberação de bradicininas (vasodilatador e permeabilizador das paredes dos vasos) quando ocorrem inflamações, traumatismo, necrose, isquemia, compressão e estiramento (BORGES, 2013).

Desse modo, a dor torácica pode ser dividida de acordo com sua localização, estão dispostos no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Tipos de dor torácica de acordo com sua localização

(Continua)

TIPO DE DOR	DESCRIÇÃO
DOR STEOMUSCULAR	Dor nos músculos, onde ocorre contratura, rigidez durante o movimentos, pode melhorar com atividade física, e o repouso pode não ajudar a melhorar essa dor.
ATRITO PLEURAL	Ocorre com o atrito entre as pleuras viscerais e parietal. Com esse atrito, a pleura produz mais líquido, produzindo o derrame pleural e a presença de dispneia.
PLEURITE	Associa-se a dor torácica com tosse seca com timbre alto. Pode apresentar febre e dispneia. Apresenta pontada intensa, onde o paciente consegue localizar com precisão. Possui uma área pequena, mas não se irradia, contudo a tosse pode aumentar.
PNEUMOTÓRAX	Marcado pela presença do ar no espaço pleural. Pode ser caracterizada pela dor súbita, intensa, parecida como punhaladas que não se irradiam, e também não apresentam localização precisa. Pode ser acompanhada por dispneia.
LARINGOTRAQUEÍTES	Surge na laringe e também na traqueia.
DOR MEDIASTÍNICA	Aparece relacionada a neoplasias malignas da área. Essa é um sensação dolorosa profunda, sem localização precisa, ainda pode ser definida como surda e mal definida.

(Conclusão)

TIPO DE DOR	DESCRIÇÃO
ANEURISMA DISSECANTE DA AORTA	Apresenta dor muito intensa, normalmente lancinantes. Além disso é possível a sensação de ruptura retroesternal, que reflete entre as escápulas.
HIPERTENSÃO DA ARTÉRIA PULMONAR	Possui grande semelhança com a dor cardíaca, contudo não se beneficia com a utilização de nitritos.
PERICARDITE	Muito confundida com angina, já que também pode ser desencadeada por esforço. Como possui menor intensidade, apresenta atrito e não se irradia.
ANGINA	Surgem normalmente posteriormente a esforços físicos, alimentações exageradas ou grandes emoções. A angina apresenta sensação de aperto ou opressão. Em média dura minutos apenas, parando com uso de vasodilatadores coronários ou interrupção da origem do problema.
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	Uma das origens mais frequentes é a aterosclerose. A localização da mesma é típica de áreas retroesternais, podendo ser precordial também. Quando se apresenta de forma mais intensa, mais elevada é a probabilidade de irradiar-se. A dor de infarto possui duração de 20 min, na qual pode levar a necrose em poucas horas.
DOR PRÉ-CORDIAL	Essa não pode ser considerada como sinônimo de dor cardíaca, uma vez que esse tipo de dor também possua origem no coração, assim como em outros órgãos ou estruturas como: a pleura, o esôfago, o mediastino, o estômago e a parece torácica.
DISPNÉIA	Este é um dos sintomas mais relevantes dos portadores de cardiopatias. Essa palavra está associada a sensações desagradáveis durante o ato de respirar.

Fonte: Borges (2013, p. 34)

De acordo com a medicina, a dor torácica é um sintoma de diferentes condições médicas, e por muitas vezes está associada a emergências médicas (ALVES, 2009).

A dor na região em questão pode apresentar diferentes características. Desde ação aguda, difusa ou até mesmo contínua, essa dor pode ser sentida no peito, assim como abaixo dele e próxima ao umbigo. Além disso, a dor torácica pode ser gerada por uma lesão evidente ou não (ALVES, 2009).

A dor pode ser caracterizada de acordo com o sujeito atingido. Uma vez que essa condição varia com base nas condições psicológicas e das ambientais do indivíduo afetado (BRASIL, 2013).

Nesse seguimento, esse tipo de dor pode ser originada por qualquer coisa basicamente, na qual pode se relacionar a distensão muscular até mesmo uma

fratura de costela. A dor na região torácica pode surgir após uma lesão, ou vagarosamente com o tempo (BASÍLIO, 2007).

Para compreender efetivamente a dor torácica, é necessário reconhecer o quanto é complexo a definição de dor. Essa pode ser entendida como uma experiência sensorial e também emocional apontada como desagradável, também pode estar relacionada a lesões teciduais ou não. Essa é uma definição que vale para qualquer dor, desenvolvida por qualquer mecanismo (SUDBRACK, 2009).

A dor pode ser interpretada como um sinal de alerta, também como tradução de ameaças existentes no organismo. Atualmente pode-se dizer que existem 3 mecanismos geradores de dor: acúmulo de nocicepção somato-visceral, as disfunções neurológicas e a psicogenéticas ligadas a alterações psicológicas (SUDBRACK, 2009).

O tórax é uma área vital, é a região onde ocorrem as dores torácicas, essas normalmente estão ligadas questões emocionais ou cardíacas. As doenças cardíacas assustam os pacientes e também os familiares, fazendo com que os profissionais sejam pressionados a realizar um diagnóstico correto e rápido (ALDO, 2010).

Com intenção de promover um diagnóstico objetivo e rápido, além dos exames, o médico pode empregar a semiologia da dor, durante o primeiro contato com o paciente, para determinar a estrutura que se encontra em sofrimento (ALDO, 2010).

Mesmo que a temática da dor não seja tão estudada quanto à sua relevância, o sintoma álgico é uma descoberta clínica relevante para a investigação de distúrbios. Pesquisas revelam, por exemplo, que a síndrome coronariana aguda, termo empregado quando existe evidência de infarto, é responsável por cerca de 15% dos casos de dor torácica em emergências nos Estados Unidos (MILLER; GRANDER, 2014).

Mesmo que os sinais sintomas que os pacientes mostram levam a isquemia miocárdica, isso não pode ser utilizado como verdade única, pois a dor torácica possui diferentes causas. Em contra partida mais de 85% dos pacientes com dor torácica possuem isquemia miocárdica (PIEGAS et al., 2009).

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) também é uma das causas mais frequentes relacionadas à dor torácica. Contudo é importante enfrentar um IAM como específico

para cada pessoa, uma vez que sua gravidade depende desde o sexo, a cultura, crença, fatores externos, psicológicos (PIEGAS et al., 2009).

Os pacientes que buscam o cuidado nos serviços de emergência com dor torácica podem ou não estar ligados a um processo patológico. A intensidade dos sintomas geram questionamentos que levam a buscar a compreensão da situação avaliada. Como os enfermeiros são profissionais que atuam no atendimento inicial e desenvolvem ações técnicas nas condições clínicas, esse profissional ainda pode atender as necessidades espirituais e psicológicas do paciente (ARAÚJO, 2013).

É dever do profissional compreender as variâncias em decorrência da doença e condições apresentadas pelo paciente. Sendo assim traçar estratégias para o atendimento é muito importante e torna a atenção mais eficaz, já que evita que o profissional envolva seus sentimentos ou influências em quadros clínicos complexos (SAITH, 2007).

Alguns autores acreditam que sejam necessários que os profissionais compreendam como os pacientes se sentem em relação à dor, ou seja, o temor dos mesmos em relação à presumível gravidade do caso em consequência de uma dor torácica. A causa de maior temor da população gira ao redor do infarto, pois todos reconhece sua gravidade, sendo de evolução lenta e também imprevisível, fatores que podem levar uma pessoa a morte rapidamente (SAITH, 2007).

2.4.1 Causas e epidemiologia da dor torácica

A dor torácica pode aparecer como resultado de diferentes afecções, desde causas cardíacas, como o IAM, embolia pulmonar, vascular com dissecção, angina instável, úlcera péptica, pancreatite e psicológico entre outros (ORTIZ et al., 2010).

Miller e Granger (2014) também falam sobre o assunto ao afirmarem que as etiologias potenciais de origem para a dor torácica, estão além das doenças do coração, são dissecção da aorta, esôfago, pulmões, estômago, pleuras e vísceras abdominais.

Normalmente a primeira suspeita diagnóstica nos casos de dor torácica é a origem cardiovascular, sobretudo pelo seu alto grau de morbidade. Grande parte das mortes

por IAM ocorrem durante as horas iniciais dos sintomas, sendo cerca de 60 % ocorre na primeira hora e cerca de 80% nas 24 horas (PIEGAS et al., 2009).

As patologias que acometem o aparelho circulatório são apontadas como as mais frequentes causas de mortalidade entre os brasileiros, desde os anos 80, prevalecendo até hoje. Entre as doenças, o acidente vascular cerebral está relacionado como a principal causa de morte no Brasil, seguida do infarto agudo do miocárdio, no qual a dor torácica é referida como sintoma clássico (PIEGAS et al., 2009).

As patologias coronarianas, sobretudo angina pectoris, as arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio, vem obtendo maior preocupação por parte da equipe de profissionais de saúde em consequências do evidente crescimento numérico dos distúrbios cardíacos isquêmicos (SOUSA et al., 2008).

Diversas pesquisas apontam que o sofrimento psíquico podem se assemelhar as afecções cardiovasculares gerando sintomas somáticos. A dor psicogênica não possui etiologia orgânica, assim sendo pode se manifestar de forma imprecisa e sem sinais e sintomas ligados a quadros graves. Além de esses casos apresentarem sinais de ansiedade e evidentes abusos de medicações (ALBUQUERQUE et al., 2010; PIEGAS et al., 2009).

Outra possível causa de dor torácica nos serviços de emergência quase sempre esquecido é o prolapso da válvula mitral. Os sintomas se relacionam como pontadas que se irradiam, o diagnóstico clínico é realizado por meio da ausculta, seguido pelo sopro regurgitante mitral (PIEGAS et al., 2009).

Cerca de 4 milhões de casos de dor torácica que ocorrem no Brasil, deste percentual 400 mil são IAM confirmados. Os EUA com 4 milhões de casos de dor torácica por ano, exibe 1,2 milhões de casos de IAM (BRASIL, 2014).

Diferentes casos de dor torácica são evidenciados diariamente na prática do enfermeiro no serviço de emergência hospitalar. Cerca de 6 milhões de atendimentos ao longo do ano nos EUA de 10% são ligados a dor torácica. Desse valor entre 20 a 35% possuem uma Síndrome Coronária Aguda, e de 10 a 15% são diagnosticados com IAM e ainda de 2 a 5% podem ser liberados sem ser diagnosticados corretamente. Normalmente esse grupo aumenta a taxa de óbito: 25% (ORTIZ et al., 2010).

Com base nos dados publicados pelo DATASUS, os óbitos por patologias do aparelho circulatório, como é o caso da Síndrome Coronariana Aguda, adotam uma tendência crescente no Brasil segundo análise no período de 2005 a 2011 nos dados do DATASUS. Uma vez que no primeiro ano eram apenas 285.927, no ano seguinte esses números cresceram para 335.213 e seguiram crescendo (BRASIL, 2011).

No ano de 2010, 99.955 casos foram atribuídos a doenças isquêmicas do coração, e que dessas mais de 70 são por causa do IAM (BRASIL, 2012). No ano de 2014 registrou 2.117 casos de infarto agudo do miocárdio no estado do Espírito Santo, destes 1,746 casos foram ao óbito neste mesmo ano. Corroborando com os dados supracitados, esses casos só vêm aumentando (BRASIL, 2017).

Em dados fechados até o mês de fevereiro de 2017, já foram registrados 89 casos de infarto agudo do miocárdio no Estado do Espírito Santo (BRASIL, 2017).

2.4.2 Fatores de risco para dor torácica

Como a dor torácica é um problema sério e apresenta um elevado potencial de morbidade e morte, a mesma necessita ser investigada, já que existem diferentes causas ligadas a dor torácica, além disso, esse sintoma é frequente nas emergências das instituições de saúde (FERNANDES, 2010).

Durante a anamnese de um paciente que se queixe de dor torácica, é necessário que o profissional esteja atento aos fatores de riscos associados a esse sintoma (FERNANDES, 2010).

Os fatores de riscos para dor torácica normalmente estão relacionados aos fatores de riscos associados a patologias cardíacas. Desse modo, é importante que se identifique a existência de alguma patologia cardíaca, assim como histórico da mesma na família (DE PAULA, 2010).

Os fatores de riscos estão ligados a aspectos como: o sexo, o histórico familiar, a idade, a diabetes mellitus, a hipertensão, tabagismo, hipercolesterolemia e o estilo de vida sedentário (SANTOS, 2009).

O histórico familiar ou hereditariedade é relevante, tendo em vista que a existência de familiares que podem ter desenvolvido alguma doença cardiovascular pode

aumentar a possibilidade do paciente atendido desenvolver patologias parecidas. Além disso, a idade é ainda mais importante quanto à hereditariedade, pois pessoas com faixa etária acima dos 60 anos apresentam muitas fragilidades, devido ao envelhecimento de seu organismo, assim como as doenças crônicas associadas, que podem tornar esse indivíduo ainda mais suscetível a desenvolver doenças cardíacas (SANTOS, 2009).

A hipertensão é considerada como um fator de risco, já que essa doença tem como um dos sintomas a dor torácica. Além disso, a hipertensão é caracterizada pelo aumento da pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos. O descontrole da mesma pode levar ao infarto agudo do miocárdio, assim como outras patologias cardiovasculares (BORGES, 2008).

A diabetes mellitus pode levar a infartos subclínicos. Sendo assim o controle da glicemia é importante, sobretudo nas pessoas acima de 60 anos. O infarto subclínico pode apresentar como sintoma a dor no peito, além de sudorese, mal-estar, náuseas e vômito, sintomas que são normalmente relacionados a patologias de menor importância (BRASIL, 2015).

O estilo de vida também interfere diretamente no risco de desenvolver problemas cardiovasculares. Fatores como colesterol, triglicérides e tabagismo podem levar a dor torácica que pode ser um sintoma de doença cardíaca, tendo em vista que o controle do colesterol pode reduzir as chances de doença cardíaca. Além disso, a nicotina é conhecida como um dos mais agressivos fatores ligados a doenças cardiovasculares (BRASIL, 2015).

2.4.3 Incidência de dor torácica nos casos de infarto do miocárdio

Patologia que possui alta incidência, o infarto agudo do miocárdio (IAM) apresenta alta taxa de mortalidade e morbidade. A epidemiologia do infarto exibe taxas de mortalidade de cerca de 30%, metade desse valor pode levar ao óbito. Além disso, cerca de 14% dos pacientes acabam morrendo antes de serem atendidos pela equipe médica (PESARO et al., 2014).

Já os pacientes diagnosticados nos serviços de emergência precocemente, são beneficiados pelos avanços tecnológicos existentes nos últimos anos. A mortalidade

no ano de 1960 era de 30%, e o mesmo reduziu para 16% posteriormente ao surgimento das unidades coronarianas (BRASIL, 2009).

Em 2010, cerca de 80 mil pessoas vieram a óbito posteriormente a sofrer infartos, um ano antes o valor era de 75 mil casos ligados a infarto. Na mesma pesquisa desenvolvida pelo DATASUS foi organizada a lista dos estados, onde o número de casos de infartos é maior no Brasil. Os estados que apresentam maiores taxas, possuem maior número populacional. O Espírito Santo está no 15º lugar na pesquisa supracitada com cerca de 3,62% de óbitos (BRASIL, 2010).

Com base na pesquisa do DATASUS, o infarto agudo do miocárdio é apontado como a primeira causa de mortes no país. Uma vez que cerca de 100 mil óbitos anuais estão relacionados a esta doença. A dor no peito e também no estômago podem ser sinais do IAM (BRASIL, 2012).

Corroborando com o trecho acima, cerca de 30% das mortes ocorridas no Brasil, estão relacionadas com o infarto agudo do miocárdio. Com base no estudo da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia revelam que mais de 300 mil pessoas têm uma parada cardíaca, desses 80 mil são levados a óbito (BRASIL, 2014).

2.5 UNIDADES DE DOR TORÁCICA

As unidades coronarianas se transformaram em um ambiente específico para a avaliação, investigação e tratamento dos pacientes diagnosticados com infarto agudo do miocárdio, isso desde a década de 70 (FERRAREZI, 2015).

Os bons resultados associados às unidades supracitadas, sobretudo a identificação precoce e o tratamento eficaz contra as arritmias e outras doenças cardiovasculares, fizeram com que os profissionais que atuaram nessas unidades, passaram a internar pacientes com suspeita clínica de isquemia miocárdica aguda (LOPES; AZEVEDO, 2008).

Centros de dor torácica ou unidades são reconhecidos como uma nova configuração de assistência emergencial, objetivando o aperfeiçoamento da classificação dos pacientes que apresentam dor torácica ou qualquer outro sintoma sugestivo de síndrome coronariana aguda (SILVA, 2013).

As unidades de dor torácica possuem três objetivos principais, são elas: promover um acesso fácil e amistoso para o paciente que procura essa unidade; proporcionar um acesso prioritário e rápido para a atenção desenvolvida pelo médico emergencista ou cardiologistas, e por fim fornecer uma estratégia sistematizada e eficiente de assistência médica, incluindo diagnóstico e tratamento, objetivando permitir uma assistência apropriada e com custo mais reduzido (ANDES, 2007).

As unidades em questão podem se localizar dentro ou junto à sala de emergência, como uma área física ou somente como um processo de ação. O que é indispensável é que exista um grupo de profissionais qualificados e treinados para atuar uma medida pré-estabelecida e sincronicamente visando: rapidez, prioridade, eficiência, alta qualidade e redução de custos (QUEIROZ, 2015).

Uma das maneiras de chegar ao sucesso com as unidades de dor torácica é o emprego de protocolos específicos, assim como algoritmos organizados ou também chamados de árvores de decisão clínica. Por meio dessas estratégias, as unidades de dor torácica vêm alcançando os seus principais objetivos conforme relacionados a seguir:

- # 1 - reduzir o retardo pré-hospitalar dos indivíduos diagnosticados com SCA;
- # 2 - reduzir ainda o retardo intra-hospitalar para o diagnóstico e tratamento;
- # 3 - prevenir a liberação inadequada de pacientes;
- # 4 - diminuir a internação inadequada;
- # 5 - diminuir os custos relacionados a avaliação dos pacientes (MOURA, 2007).

Diferentes estudos vêm evidenciando que o tempo médio entre o início dos sintomas e busca pelo atendimento médico é de 2 a 3 horas (MOURA, 2007).

As unidades de dor torácica podem ser encaradas como um instrumento educativo para os pacientes, sobretudo para os pacientes que precisam de alterações dos fatores de risco coronarianos ou até mesmo reconhecimento de sintomas graves (BRASIL, 2013).

O retardo intra-hospitalar, está relacionado ao tempo gasto entre a chegada e o diagnóstico no hospital, esse excesso de tempo relacionado ao período é outro problema que ocorre nos hospitais no mundo todo, até mesmo nos países mais desenvolvidos (BRASIL, 2013).

Esse intervalo é de cerca de 1 hora, um dos principais motivos desse fato ocorrer é a falta de prioridade na atenção dos indivíduos com dor torácica, os quais são desprezados nas salas de emergência. As unidades de dor torácica são indispensáveis para a redução do tempo de atendimento, através de suas medidas para priorizar o atendimento (QUEIROZ, 2015).

A liberação inadequada para casa é um sério problema médico, uma vez que se o paciente apresentar IAM ou angina instável, a condição do paciente pode se reverter rapidamente, com isso sua liberação pode ser errônea. Erros nos diagnósticos variam em torno de 10%, esses erros devem ser contornados por meio de estratégias sistematizadas em unidades de dor torácica, na qual reduzam os erros para cerca de 1% (ANDES, 2007).

As internações exageradas e dispensáveis em unidades de alta complexibilidade e de elevado custo, como as unidades coronarianas, representam um problema comum relacionado à prática médica, sobretudo quando os médicos necessitam de uma área para o atendimento (ANDES, 2007).

Desse modo as unidades de dor torácica atuam como uma peneira para as unidades coronarianas, já que essas unidades podem reduzir o direcionamento de pessoas com diagnósticos incorretos. Por esse motivo, reduz a taxa de internação de pessoas que apresentam baixo risco e também, eleva a disponibilidade dos leitos específicos e especializados que os mesmos realmente precisam (QUEIROZ, 2015).

Os elevados custos relacionados à medicina atual vêm se mostrando como um relevante encargo para a sociedade. Os gastos empregados de modo insensato para a classificação de pacientes com dor torácica e com baixo risco podem ser mais bem utilizados em pacientes que apresentam alto risco (BRASIL, 2013).

Ações de contenção de custo mostram que as unidades de dor torácica sejam mais atrativas, uma vez que indivíduos com baixo risco também podem ser avaliados de modo eficiente (BRITO, 2009).

Pesquisas mostram que as unidades de dor torácica promovem a redução de custos, especialmente através da redução de tempo de internação e do número de exames, sobretudo os que apresentam poucas informações ou quase nenhum rendimento diagnóstico (BRITO, 2009).

Os protocolos ou algoritmos diagnósticos são ferramentas relevantes para promover a eficiência das unidades de dor torácica. Por meio dessas ferramentas é possível à melhora na qualidade da assistência médica, em unidades de dor torácica que resultam na otimização do tempo e a relação custo benefício (FIGUEIREDO, 2015).

2.6 SEGURANÇA PARA O PACIENTE

Durante a Grécia antiga, Hipócrates desenvolveu e estabeleceu o *Primum non nocere*, que significa basicamente: primeiro não causa o dano. O mesmo é tido como o pai da medicina, e esse já possui a noção que a atenção poderia gerar alguns danos (SILVA, 2009).

Medidas essa são adotadas por meio de estratégias que coloquem a segurança do paciente em primeiro lugar, o enfermeiro trabalha para atingir a perfeição em seu processo de trabalho. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como objetivo elaborar, sistematizar e nortear o trabalho da equipe de enfermagem (SOUZA, 2013).

A Resolução COFEN-272 de 2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde e considera sua institucionalização como uso de um processo de trabalho apropriado às dificuldades da comunidade e como modelo assistencial a ser empenhada em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro, considerando a implementação da SAE uma melhora na qualidade da assistência de enfermagem (COFEN, 2017).

Nesse sentido, essa resolução em seus artigos 2º e 3º, nesta ordem, afirma que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada e que ela deverá ser registrada em prontuário, sendo formada de histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição da assistência, evolução da assistência e relatório de enfermagem (COFEN, 2017).

Em 2009 a resolução supracitada, foi revogada pela Resolução COFEN-358 que afirma ser a Sistematização da Assistência de Enfermagem responsável pela coordenação do trabalho profissional quanto à estratégia, pessoal e instrumentos, tornando viável a operacionalização do processo de Enfermagem; sendo este um instrumento metodológico que esclarece o cuidado profissional de Enfermagem e a

documentação da prática profissional. Essa operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem são responsáveis por demonstrar à colaboração da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visão e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009).

Com o passar dos séculos, diferentes pesquisadores contribuíram para o avanço da qualidade da saúde, como por exemplo, a Florence Nightingale, Ignaz Semmelweis entre outros personagens históricos indispensáveis para o sucesso do cuidado na área da saúde. Por meio dos trabalhos dos mais diferentes pesquisadores que foi possível conhecerem a relevância da transmissão da infecção pelas mãos, assim como do cuidado e relevância em se estabelecer um padrão de qualidade em saúde (BARRA, 2016).

Posteriormente a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*, ou seja, errar é humano, na década de 90, a preocupação com os eventos adversos se intensificou. Uma vez que, a partir desse relatório outras pesquisas epidemiológicas sobre o EAs tornaram-se frequentes. Assim como, medidas preventivas com objetivo de reduzir os riscos de ocorrência de EAs (SILVA, 2009).

O texto em questão se baseou em dois estudos diferentes, a avaliação de incidência de eventos adversos (EAS) e também em revisões de prontuários. As pesquisas em questão estabeleceram o termo eventos adversos, que está relacionado com os danos ou lesões que são produzidas pelo cuidado em si e não pela patologia inicial (SILVA, 2009).

Ainda nesse sentido, o relatório IOM, também apresenta uma ocorrência de EAs como um elevado prejuízo financeiro. Dessa forma, no Reino Unido e na Irlanda, o prolongamento da hospitalização custou mais de 2 bilhões de libras por ano (BRASIL, 2015).

De modo geral, por muitos anos os profissionais e gestores de saúde não observaram a mudança existente na forma de prestação de cuidados, assim como o avanço dos conhecimentos científicos atuais. Com isso, o cuidado à saúde, que anteriormente era simples, menos efetivos e basicamente seguro, tornou-se a ser mais complexo, assim como efetivo, contudo potencialmente perigoso (BRASIL, 2015).

Apenas no final do século passado, Avedis Donabedin constituiu como sete os atributos relacionados com o cuidado de saúde são elas: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, legitimidade, equidade, aceitação. Os atributos em questão auxiliam o profissional a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde (AGRIZZI, 2010, p.123).

Com objetivo de promover a segurança do paciente, em abril de 2013 foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instruído pelo Ministério da Saúde e a ANVISA, na qual é proposto um conjunto de medidas para prevenir e também reduzir a incidência de incidentes durante o serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Dentre as ações ligadas a esse aspecto está a administração de medicações, a queda de pacientes, as lesões que a hospitalização pode gerar, ente outros, são exemplos de circunstância onde erros podem levar a prejuízos incontáveis ao paciente (DE PAULA, 2014).

Nesse sentido, o Brasil está relacionado como um dos países que compõe a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde no ano de 2004. Essa aliança possui como objetivo instituir medidas que visam elevar a segurança do paciente, assim como a qualidade dos serviços de saúde por meio do comprometimento político (BRASIL, 2013).

Nas últimas décadas, estudos mostram que existe uma incidência de 7,6% de eventos adversos no Brasil, e desses 66% podem ser evitáveis, dados que colocam o Brasil à frente de países como Austrália, Nova Zelândia, Dinamarca, Canadá e França em relação ocorrências desta natureza. Esses são dados que evidenciam a importância da segurança do paciente como um tema que necessita ser priorizado durante o cuidado (ANDES, 2011).

Para empregar esse programa algumas mudanças tiveram que ocorrer, dentre as quais estão à implementação de medidas seguras nos hospitais, assim como a criação de um sistema que vise a notificação de incidentes, a elaboração de sistemas de notificações de incidentes ocorridos, assim como a elaboração de protocolos e a capacitação dos profissionais (BRASIL, 2015).

Desta forma, o ponto inicial em qualquer hospital do país deve ser a criação de núcleos direcionados a segurança do paciente. Esses núcleos devem promover a ações objetivando a redução do risco durante o serviço, além de evidenciar a interação e articulação multiprofissional no cuidado e também no gerenciamento e

gestão de riscos. É ainda dever do hospital, implantar e acompanhar o emprego dos protocolos de segurança (BRASIL, 2015).

2.6.1 Protocolos

O objetivo da saúde atual é padronizar os processos, a fim de evitar os erros passíveis de ocorrer quando existe alguma desordem durante o serviço. Desse modo, o emprego de protocolos vem sendo cada vez mais empregados (BRASIL, 2010).

O trecho supracitado evidencia a relevância da sistematização em enfermagem (SAE), tendo em vista que esse é reconhecido como um método de prevenção e de cuidados, que visa gerar resultados satisfatórios durante a assistência. Além disso, possibilita a diminuição das complicações ocorridas em tratamentos, assim como facilitar as atividades diárias desenvolvidas pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2010).

O protocolo em saúde trata-se de recomendações estabelecidas sistematicamente para promover o manejo de um problema de saúde, em circunstâncias clínicas específicas baseadas nas melhores informações científicas sobre o assunto. Dentro dos protocolos estão medidas que foram propostas por meio de testes diagnósticos e tratamentos ligados a rotina empregada pela equipe médica durante seu dia-a-dia (JACQUES; GONÇALO, 2007).

Esse tipo de sistematização é relevante para reduzir a variação inapropriada de práticas médicas. Desse modo, cada protocolo proposto deve ser delimitado para um nível ambulatorial (BRASIL, 2008).

Com base no estudo de Jacques e Gonçalo (2007) os protocolos proporcionam processos complexos ricos em aprendizagem organizacional e, indicam de forma racional os melhores recursos a serem empregados, além de ser garantia de maior probabilidade para os resultados assistenciais almejados.

Por muitas vezes os protocolos são direcionados por gestores e profissionais dos serviços de saúde, por meio de problemas encontrados durante o dia-a-dia. Em outras situações, podem resultar a partir de diretrizes que signifiquem a orientação política do SUS (BRASIL, 2010).

Os protocolos podem ser empregados na prática clínica e também na gestão do cuidado, além serem úteis na escolha do tratamento mais adequado e na organização de serviços. Esse ainda pode ser compreendido como um relevante instrumento de consulta utilizado pelos profissionais de saúde (GOMES; GARCIA, 2015).

2.6.2 Relevância do uso do protocolo

A utilização adequada e responsável dos protocolos necessita ser consequência de um processo de planejamento. Isso promove a necessidade de que os gestores estejam engajados na promoção, avaliando efetivamente os instrumentos, assim como as relações geradas por esse processo (BRASIL, 2010).

O planejamento deve ser o protagonista, ou seja, o protocolo deve ser um recurso a mais, visando a cuidado de qualidade e com segurança. O planejamento possibilita que a interação entre os gestores e trabalhadores seja mais fácil, evidenciando um padrão para as demandas existentes (FARIA, 2008).

A sistematização do trabalho exige a construção de um processo de trabalho. A elaboração de metas que visem avaliar os resultados é parte importante do processo. Assim como direcionar as avaliações sempre em segurança, sem deixar de lado as inovações tecnológicas (CARDOSO, 2008).

Outro fator importante que está relacionado ao acompanhamento constante utilização dos protocolos, como a adequação, atualização, a capacidade de induzir novas respostas e pertinência. Esse tipo de acompanhamento pode gerar espaços relevantes na produção de novas evidências científicas sobre o emprego de protocolos no cuidado desenvolvido no SUS. Nesse caso, é importante que esse acompanhamento ocorra em parceria com instituições de ensino, visando à qualificação e especialização dos profissionais (CUNHA, 2012).

2.7 CLASSIFICAÇÕES DE RISCO

De acordo com a portaria 2048 de 5 de novembro de 2002, estabelecida pelo Ministério da Saúde, a atenção em unidades de atendimento deve ocorrer

posteriormente a classificação de risco. A portaria em questão propõe que este processo, necessita ser realizado por um profissional de saúde, que possua nível superior, “possua treinamento específico e também utilização de protocolos pré-estabelecidos, com objetivo de analisar o grau de urgência das queixas dos clientes, colocando-os em ordem de prioridade” (BRASIL, 2012).

O objetivo geral do acolhimento da classificação de risco é mostrar um instrumento reorganizador dos processos relacionados ao cuidado, na tentativa de proporcionar qualidade no cuidado prestada pelo sistema único de saúde (BRASIL, 2012).

A classificação não possui a intenção de excluir, nem mesmo diagnosticar a patologia questionada, mas sim um procedimento de hierarquia relacionada à gravidade do paciente (COFEN, 2012). Para isso, uma equipe multidisciplinar (serviço social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, equipe médica, assim como profissionais que atuam na recepção/ portaria) é importante para estabelecer uma classificação adequada (COFEN, 2012; SÃO LUIZ, 2013).

No processo de classificação, é indispensável que ocorra a identificação dos pacientes por meio da intervenção médica e dos cuidados de enfermagem, levando em conta o potencial de risco do indivíduo atendido, assim como agravos à saúde ou grau de sofrimento relatado. Essa avaliação deve ser realizada com auxílio de escuta qualificada e a tomada de decisão deve estar baseada em protocolo, assim como um julgamento crítico da equipe de enfermagem (SÃO LUIZ, 2013).

Com isso, o processo de classificação do paciente pode ser dividido em três momentos básicos, são eles: a procura do serviço de urgência pelo paciente; o acolhimento pelos funcionários da recepção e posteriormente quando o cliente é direcionado para a classificação de risco, local onde o profissional Enfermeiro vai classificar os pacientes de acordo com suas queixas (SÃO LUIZ, 2013).

Em nenhum momento um paciente será dispensado antes do atendimento, ou seja, todos serão acolhidos, classificados e direcionados ao atendimento (SÃO LUIZ, 2013).

Quadro 2 - Critérios pré-estabelecidos para classificar os pacientes

CRITÉRIOS PRÉ-ESTABELECIDOS
Aspecto normal da patologia;
Os sinais de alerta, na qual se pode inclui febre, desmaio, tipo de dor, desorientação, perda de consciência palidez entre outras;
A queixa principal;
Aspectos relevantes na avaliação inicial como: sinais vitais, escala de dor, idade, retardo mental, drogas, dificuldade de comunicação e patologias preexistentes;
Reavaliar as condições do paciente, já que a classificação pode ser alterada de acordo com o estado do indivíduo atendido.

Fonte: BRASIL (2012, p.128)

A avaliação do paciente inicia-se com a coleta de dados do mesmo com o auxílio de uma ficha de atendimento, no qual estará inserida a queixa principal que o levou ao médico; o princípio da patologia; o estado físico do indivíduo avaliado, a escala de dor exibida; a gravidade; medições relacionadas as patologias preexistentes; dados vitais gerais (BRASIL, 2012).

Mesmo que exista uma classificação inicial, as condições dos indivíduos podem se alterar. Com isso é importante que os profissionais envolvidos levem em conta os sinais de alerta, sobretudo em casos de traumas (ANDES, 2008).

Em casos de traumas é importante que alguns aspectos sejam identificados para compreender melhor as condições do indivíduo afetado. Entre esses aspectos estão: os acidentes ocorridos acima de 35 km/h; as forças de desaceleração como explosões e quedas; perdas de consciência; acidentes com ejeção de veículos; negação violenta das óbvias lesões graves; fraturas; aspiração entre outras (ANDES, 2008; SÃO LUIZ, 2013).

2.8 AVALIAÇÕES DA DOR TORÁCICA: USO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

A avaliação de riscos ligados à dor torácica por meio da classificação é uma prática assistencial recorrente pelos enfermeiros que trabalham em emergência. Como essa técnica tornou-se eficaz, a compreensão da mesma assim como de outros instrumentos tecnológicos novos é dever dos enfermeiros, a fim de proporcionar um atendimento de qualidade para seus pacientes (WATERKEMPER; REIBNITZ; MONTICELLI; 2010).

A avaliação da dor torácica realizada pelo enfermeiro deve ocorrer por meio de um instrumento válido que leve a um tratamento adequado. Para o sucesso do mesmo é relevante que o profissional esteja comprometido e seguro quanto as suas decisões (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010).

O que torna a dor torácica complexa é a variedade de sinais sintomas e tipos de doenças relacionadas a essa dor (FERNANDES et al., 2009).

No Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), existem oito unidades de atendimento específicas, e suas diretrizes estão pautadas em: cuidado humanizado e melhor profissionais clínico. Para esse hospital a utilização de protocolos para a dor torácica em prontos-socorros possibilita uma atenção baseada em evidencias, essencial para a tomada de decisões para a identificação de mais de 25% dos casos de Síndrome Coronária Aguda (FERNANDES et al., 2009).

O emprego de protocolos em enfermagem promove rapidez para a classificação de risco da dor, como também pode respaldar a atuação do enfermeiro (PIEGAS et al., 2009).

Os fatores de exclusão devem ser considerados durante a triagem de um paciente, e para que isso ocorra é importante que o profissional envolvido esteja munido de dados, por meio do exame físico, na qual pode obter características dos sintomas (PIEGAS et al., 2009).

O profissional que atua na classificação de risco possui a reponsabilidade de definir a gravidade do caso clínico avaliado e também apontar a trajetória terapêutica para o indivíduo atendido. Mesmo tendo uma alta demanda de pacientes que mencionam a dor torácica nas emergências, a padronização das ações de enfermagem podem ser deficientes para esse tipo de paciente, fato que pode levar a atraso no cuidado (BEZERRA, 2011).

Pesquisas apontam a redução de casos coronarianos ocorridos quando a síndrome coronariana aguda é tratada pelos profissionais de saúde, sobretudo aos enfermeiros, que utilizam os protocolos para a otimização e qualidade no cuidado (FARIAS; MOREIRA, 2012).

É relevante ainda, para o sucesso do atendimento, que os profissionais envolvidos sejam qualificados e treinados para atuar em emergências cardiovasculares, tendo

em vista que o infarto agudo do miocárdio é uma das mais recorrentes causas relacionadas à dor torácica (BEZERRA, 2011).

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro em relação aos pacientes infartados exigem dos mesmos, capacitação e habilidade para empregar o protocolo com embasamento científico. Cuidar da dor abranda os sintomas de medos e angústias, diminuindo o consumo de oxigênio, gerado pela ativação do sistema nervoso simpático (FARIAS; MOREIRA, 2012).

A analgesia deve ser realizada preferencialmente com sulfato de morfina endovenosa. Ainda não devem ser empregados anti-inflamatórios não esteroides em IAM, nos casos em que os pacientes estiverem fazendo uso de anti-inflamatórios não-esteroides é importante que a medicação seja suspensa (PIEGAS et al., 2009).

A dor torácica é compreendida como um dos problemas mais frequentes nas clínicas médicas, além de ser uma das mais recorrentes causas de internação, já que ocorrem cerca de 5 milhões de atendimentos de dores relacionadas a dor torácica em serviços de emergência nos EUA. No Brasil esse cenário não é diferente, uma vez que no país a dor torácica é muito frequente nos centros de saúde (DOMINGOS, 2008).

No ano de 1982 foram criadas as Unidades de Dor Torácica (UDT), na qual são especializados para aprimoramento da assistência emergencial. Essas unidades apresentam como objetivo: a redução do atraso intra-hospitalar, para identificar e seguir o tratamento de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA); prevenir a liberação inadequada de pacientes; diminuir as internações desnecessárias dos pacientes e também diminuir os custos médicos ligados à avaliação do paciente que apresenta dor torácica (BRASIL, 2012).

Quadro 3 - Características da dor torácica

Características Da Dor Torácica		
	TÍPICA	ATÍPICA
1. Caráter Da Dor	Constricção, Compressão, Queimação, "Peso" "Dor Surda"	Facada, Agulhada Pontadas Piora ao respirar, "Aguda"
2. Localização Da Dor	Retroesternal, Ombro Esquerdo, Pescoço, Face, Dentes, Região Interescapular, Epigástrica	Ombro Direito, Hemitórax direito
3-Fatores Desencadeantes	Exercício, Excitação, Estresse, Frio, Refeições Copiosas	Ao Repouso

Fonte: Farias e Moreira (2012, p. 23)

2.9 PRINCIPAIS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS UTILIZADOS NO MUNDO

No mundo existem diferentes modelos de protocolos de triagem, e esses apresentam grandes variações, já que são reconhecidos protocolos de dois à cinco níveis de gravidade, cinco é o valor mais aceito de modo geral (GOTARDO; ENDLICH, 2014). Existem cinco protocolos considerados mais avançados e possuem em consenso uma concepção sistêmica, ou seja, são empregados por redes de serviços:

Quadro 4 - Os principais protocolos existentes no mundo

Modelo De Protocolo	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Modelo Australiano	Foi o pioneiro e apresenta tempo de espera com base na gravidade.
Modelo Canadense	Possui muitas semelhanças com o Australiano, contudo é muito complexo e foi incorporado em grande parte do sistema canadense.
Modelo de Manchester	Que emprega algoritmos e discriminadores chaves, além de associar a tempos de espera relacionados as cores.
Modelo de Espanhol	Possui semelhanças com os protocolos Canadense e Manchester pois trabalha com sistema de classificação com cores.

Fonte: Gotardo e Endlich (2014)

O protocolo Australiano foi desenvolvido em 1993, esse é conhecido como o primeiro sistema de triagem utilizado em todas as instituições de saúde da Austrália. No final dos anos 90, esse protocolo passou por alterações, na qual seu nome foi modificado de *National Triage Scale* (NTS) para *Australian Triage Scale* (ATS) (CAVALCANTE et al., 2012).

Quadro 5 - Protocolo Australiano (Australian Triage Scale (ATS))

Modelo De Protocolo	Principais Características
Protocolo Australiano (PC) <i>Australian Triage Scale</i> (ATS)	A triagem realizada por meio do protocolo Australiano, deve ser realizada por um enfermeiro que tria os indivíduos em cinco níveis de gravidade, com base na escala a seguir:
	Categoria 1, imediato risco de vida;
	Categoria 2, iminente risco de vida;
	Categoria 3, o indivíduo apresenta potencial risco de vida ou de tempo crítico para o tratamento;
	Categoria 4, casos que possuem complexidade significativa;
	Categoria 5, casos de menor urgência.
	O protocolo Australiano estabelece tempo de espera que vão de atendimento imediato a 120 minutos de espera.

Fonte: Cavalcante et al., (2012).

O protocolo Canadense (PC), como o nome já diz foi inserido em todo Canadá em 1999. Esse protocolo foi desenvolvido por uma associação nacional, com diferentes profissionais da área da saúde. Mesmo que tenha sido alterado algumas vezes, o CTAS ainda é entendido como um documento dinâmico (GILBOY; TRAVERS; ROSENAU, 2011).

O protocolo canadense classifica os pacientes por meio de cores, assim como o de Manchester. Ainda nesse sentido, o PC possui uma escala com cinco níveis, que apresenta uma cor e também o tempo adequado para o atendimento médico (QUEIROZ et al., 2010).

Quadro 6 - O protocolo canadense

MODELO DE PROTOCOLO	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Protocolo canadense	O nível 1 está relacionado a reanimação, o paciente recebe a cor azul, a atenção deve ser imediata;
	O nível 2 é considerado emergente a cor recebida é o vermelho, onde o atendimento deve ser realizado em até 15 minutos;
	O nível 3 são casos urgentes, o atendimento deve ser em 30 minutos;
	O nível 4 é menos urgente, o paciente recebe a cor verde, nesses casos o atendimento deve ser realizado em 60 minutos;
	Por fim o nível 5 o atendimento deve ocorrer em 120 minutos, ou seja casos não urgentes.

Fonte: Coutinho, Cecílio e Mota, (2012)

O protocolo canadense ressalta que o enfermeiro deve ser o profissional a avaliar os pacientes durante a triagem. Além dos níveis de acuidade, os tempos de intervalos adequados para a reavaliação da enfermagem para os indivíduos já classificados, mas que ainda não receberam atendimento, objetivando a espera segura (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O protocolo Espanhol (PE) foi proposto em 2001, sua estrutura foi influenciada pelo protocolo canadense. O PE foi considerado um modelo que consegue ligar os principais sistemas de classificação já desenvolvidos. O PE teve como objetivo qualificar os serviços de urgência, e se tornar um modelo universal para seu território (BENAVENTE, 2014).

Quadro 7 - Protocolo Espanhol (PE)

Modelo De Protocolo	Principais Características
Protocolo Espanhol (MAT)	O protocolo Espanhol também é estruturado em cinco níveis para classificação, também utiliza cores para separar os pacientes de acordo com as necessidades.
	Com isso, o nível 1 corresponde a reanimação/ cor azul;
	O nível 2 emergência/ cor vermelha, nos dois primeiros é importante que o atendimento seja imediato.
	Já no nível 3 relaciona os casos urgente/ cor laranja;
	O nível 4 corresponde aos casos menos urgentes/ cor verde.
	O nível 5 que corresponde aos casos não urgentes/cor preta, esses últimos necessitam ser atendidos entre 30 e 60 minutos.
	A triagem, do modelo supracitado, também deve ser realizada por enfermeiros com o auxílio de dois sistemas informatizados, um deles de informação e gestão, ligado a um modelo de registro. Tem como objetivo reduzir o tempo de espera, priorizando os casos de urgência por meio de indicadores de qualidade.

Fonte: Benavente (2014)

No Brasil o protocolo que a classificação de risco se baseia no protocolo de Manchester. Esse foi empregado para sistematizar as filas nos serviços de urgências, assegurando a redução do tempo de espera dos clientes (SANTOS; FREITAS; MARTIN, 2014).

Quadro 8 - Protocolo de Manchester

Modelo De Protocolo	Principais Características
Protocolo de Manchester	A classificação desse protocolo se dá por meio do uso de cores, implantado na maior parte das instituições de saúde com o uso de pulseiras de identificação. Onde cada cor de pulseira corresponde a emergência de atendimento.
	A cor azul corresponde ao nível 1, no qual o paciente pode esperar para receber atendimento em outros serviços. Atendimento em até 240 minutos
	A cor verde corresponde ao nível 2, o risco do paciente é considerado como: pouco urgente. Atendimento em até 120 minutos
	Amarelo corresponde ao nível 3, o risco do paciente é considerado como: urgente, esses necessitam de atendimento rápido. Atendimento em até 50 minutos.
	A cor laranja corresponde ao nível 4, o risco do paciente é muito urgente. Atendimento praticamente imediato, 10 minutos no máximo.
	A cor vermelha, corresponde ao nível 5, no qual o paciente necessita de receber cuidado imediato

Fonte: Brasil (2008)

O protocolo empregado no Brasil se baseia em categorias de sinais e sintomas e não levam em conta diretamente escalas de urgência pré-definidas, ação não desejável em um protocolo de classificação de risco (PINTO; LUNET; AZEVEDO, 2010).

A classificação de risco necessita ser executada por profissionais qualificados e treinados, desempenhando a avaliação em ambiente adequado. A classificação deve ser rápida e objetiva, tendo em vista que a redução do tempo de espera é um dos objetivos do protocolo (SANTOS; FREITAS; MARTIN, 2014).

De modo geral o protocolo de Manchester, funciona a partir da classificação de risco, esse tipo de classificação deve ser realizado por um profissional de nível superior, normalmente um enfermeiro que apresente uma boa comunicação, assim como agilidade, ética e um adequado conhecimento clínico (SANTOS; FREITAS; MARTIN, 2014).

O protocolo de Manchester é fundamentado em grupos de sinais e sintomas e não em escalas de urgência pré-estabelecidas que podem levar ao diagnóstico, ação não desejável em um protocolo de classificação de risco (SILVA, 2009).

A classificação de Manchester iniciou na Inglaterra, precisamente na cidade de Manchester. Esse tipo de triagem foi realizada inicialmente no Brasil no ano de 2008, no sudeste do país, no estado de Minas Gerais, com objetivo de diminuir as superlotações existentes nos setores de urgência e emergência em instituições de saúde (BRASIL, 2013).

Atualmente o protocolo de Manchester é creditado pelo Ministério da Saúde e empregado em todo o país. Uma das mais relevantes vantagens da utilização do protocolo em questão é identificar os grupos urgentes e evitar que pessoas com quadro de baixo risco ocupe leitos desnecessariamente (GOMES, 2011).

2.10 PROTOCOLO DE MANCHESTER

A necessidade de estabelecer uma classificação de risco no Brasil foi proposta no ano de 2004, com o objetivo de reduzir o tempo de espera na atenção oferecida aos usuários do SUS. A proposta em questão visa à universalização do acesso, além de

garantir o atendimento, contudo por meio de uma atenção sistematizada e direcionada por um protocolo pré-estabelecido (BRASIL, 2004).

O Protocolo em questão tem origem inglesa, mais precisamente no município de Manchester, o mesmo foi proposto no final da década 90. O protocolo recebeu o nome da cidade de origem, protocolo de Manchester. Esse protocolo também foi implementado em Portugal onde os profissionais desse país foram treinados por especialistas de Manchester, com objetivo de tornar estes profissionais multiplicadores da metodologia. Posteriormente a isso, diversos hospitais passaram a aderir ao protocolo (GOTARDO; ENDLICH, 2014).

A metodologia do protocolo de Manchester apresenta escalas de cinco níveis, essas possuem cores específicas relacionadas ao tempo de espera, ou seja, o tempo de espera está diretamente ligado à cor. Esse protocolo ainda possui um fluxograma baseado nas categorias de sintomas aceitos nos países da Europa, sobretudo em Portugal (GOTARDO; ENDLICH, 2014).

A figura 6 a seguir exibe as cores específicas para cada uma das classificações de risco empregadas na sistematização do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 6 - Classificação de risco



Fonte: São Luiz (2013, p. 8)

O enfermeiro é o profissional que está diretamente ligado à prática na classificação de risco, no qual, após passar por um treinamento, o mesmo pode ser titulado como classificador. Ainda nesse sentido, o enfermeiro necessita seguir um protocolo pré-estabelecido com o objetivo de amparar suas decisões, visto que ele é o profissional mais indicado para desenvolver esta tarefa, por possuir uma visão holística do paciente (SOUZA, 2009).

Nos últimos anos o protocolo de Manchester vem sendo empregado como uma das principais ferramentas, para a sistematização do processo de atendimento. O enfermeiro possui um grande papel no processo de organização do atendimento (GOTARDO; ENDLICH, 2014).

Mesmo que o protocolo de Manchester apresente diversos pontos positivos, o mesmo ainda possui algumas problemas diretamente ligados a sua implementação. Em relação aos enfermeiros, durante a atuação alguns profissionais relatam a insatisfação do cliente posteriormente a classificação de risco, além da insatisfação em relação ao espaço utilizado para realizar a triagem; resistência da equipe medica em incorporar o protocolo; falta de experiência em atuar em urgência e emergência (SOUZA, 2009).

2.10.1 Protocolo de Manchester: Objetivo e metodologias

De acordo com o objetivo dos protocolos de classificação de risco, esse processo não deve ser baseado apenas em diagnósticos médicos, devem ser realizados por meio de uma metodologia ligada a prioridades clínicas (BRASIL, 2010).

Quando o grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) idealizou um protocolo para promover a classificação dos pacientes, buscavam desenvolver uma metodologia, na qual apresentasse meios de classificação de forma objetiva e rápida. Para isso o grupo em questão estabeleceu a necessidades de capacitação da equipe profissional responsáveis pelo processo de classificação. Além disso, o desenvolvimento de um guia de auditoria para orientar os procedimentos (LUZ; MIRANDA, 2009).

Somente posteriormente a análise de todos os sistemas de classificações de risco mundiais, o GBCR estabeleceu uma lista com 52 condições pré-estabelecidas ou

fluxogramas (Quadro 9). Um fluxograma é relacionado, posteriormente a queixa do paciente, coletada de modo resumido e registrada pelo enfermeiro (LUZ; MIRANDA, 2009).

Quadro 9 - As 52 condições pré-estabelecidas ou fluxograma

Sinal ou sintoma de apresentação	Sinal ou sintoma de apresentação
Agressão	Embraguez aparente
Alergia	Erupção cutânea
Alteração do comportamento	Exposição de agentes químicos
Asma	Feridas
Autoagressão	Gravidez
Bebê chorando	Hemorragia digestiva
Cefaleia	Infecções locais e abscessos
Convulsões	Mal estar em adulto
Corpo estranho	Mal estar em criança
Criança irritada	Mordeduras e picadas
Criança mancando	Overdose e envenenamento
Desmaio adulto	Pais Preocupados
Diabetes	Palpitações
Diarreia e/ou vômitos	Problemas dentários
Dispneia em adulto	Problemas em extremidades
Dispneia em criança	Problemas em face
Doença mental	Problemas nos olhos
Doença sexualmente transmissível	Problemas nos ouvidos
Dor abdominal em adulto	Problemas urinários
Dor abdominal em criança	Quedas
Dor cervical	Queimaduras
Dor de garganta	Sangramento vaginal
Dor lombar	Trauma cranioencefálico
Dor testicular	Trauma maior
Dor torácica	Trauma toracoabdominal
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária	
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária	

Fonte: Brasil (2010, p. 231)

Quaisquer fluxogramas apresentam discriminações gerais e específicas. Esses discriminantes estão relacionados às características que podem diferenciar cada paciente, por meio dessas os indivíduos podem ser alocados em uma das cinco classificações de risco (BRASIL, 2010).

Os discriminantes gerais podem ser observados em diferentes fluxogramas, como por exemplo, o risco de vida, a dor e a temperatura, entretanto os específicos devem ser aplicados em situações pontuais. Cada fluxograma existe notas explicativas que proporcionam a compreensão, assim com a classificação das necessidades de cada paciente (MATOS, 2008).

De modo resumido, as queixas de um paciente geram um fluxograma de apresentação como discriminado na figura 7. As respostas positivas ou negativas sobre os discriminantes podem levar a uma prioridade clínica por meio de cores ligadas a gravidade do paciente (BRASIL, 2010).

Figura 7 - Exemplo fluxograma de prioridades clínicas: dor torácica

DOR TORÁCICA	TEMPO PARA AVALIAÇÃO
Obstrução de vias aéreas	IMEDIATA
Respiração inadequada	IMEDIATA
Choque	IMEDIATA
NÃO	
Dor pré cordial ou cardíaca	EM 10 MINUTOS
Dispnéia aguda	EM 10 MINUTOS
Pulso normal	EM 10 MINUTOS
Dor intensa	EM 10 MINUTOS
Limite de risco	
NÃO	
Dor pleurítica	EM 60 MINUTOS
Vômitos persistentes	EM 60 MINUTOS
História cardíaca importante	EM 60 MINUTOS
Dor moderada	EM 60 MINUTOS
NÃO	
Vômitos	EM 120 MINUTOS
Dor leve recente	EM 120 MINUTOS
Evento recente	EM 120 MINUTOS
NÃO	
240 MINUTOS	

Fonte: Brasil (2010, p. 254)

Por meio do exemplo supracitado, se um indivíduo durante a classificação de risco, relatar dor torácica e negar ou não sintomas como a obstrução e vias aéreas, choque, o mesmo deve ser classificado como prioritário. Em contra partida, com resposta for positiva e queixa-se de dor intensa, o paciente deve ser classificado como urgente, ou seja, cor laranja (BRASIL, 2010).

Os outros meios de classificação, pertencentes ao sistema de triagem de Manchester os pacientes pode apresentar agravamento durante a espera. Por esse motivo, a reclassificação é necessária e sua prioridade alterada (MATOS, 2008).

De modo geral, a dor trata-se de um relevante componente quando procuramos os serviços de urgência. Com isso, a maior parte dos pacientes que procuram atendimento apresentam algum tipo de dor (BRASIL, 2011).

Pacientes que apresentam dor, podem se tornar hostil ou agitado, fato que pode desestabilizar desde os profissionais que atuam nesse setor, como os pacientes que aguardam atendimento (SOARES, 2016).

O processo de avaliação deve ser bem feita, já que a mesma deve direcionar o paciente para um acolhimento adequado e em seguida classificar a necessidade do paciente. Desse modo, alguns fatos relevantes são necessários como: a cultura, a demonstração verbal, o tipos de expressões de dor, as mudanças comportamentais, assim como os tipos e/ou níveis de lesões devem ser levados em conta (SOARES, 2016).

Almejando compreender melhor a intensidade da dor as instituições de saúde passaram a adotar escalas ou régua, que podem estabelecer o grau de dor exibido pelo paciente. As escalas mais empregadas são as numéricas, onde os pacientes avaliam a dor em uma escala de 0 a 10, por meio de ações descritas ou verbais (BRASIL, 2011).

Desse modo, quando avaliado o paciente pode classificar sua dor por meio de descrições do que está sentido, seja sem dor ou com muita dor. Nesse sentido, o protocolo de Manchester pondera os passos e técnicas para classificar a dor, bem como a régua de avaliação da dor (BRASIL, 2011).

2.11 O PERFIL DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Para promover um atendimento de qualidade é de suma importância conhecer o perfil dos indivíduos que se queixam de dor torácica. Uma vez que a equipe de enfermagem deve classificar de forma rápida os indivíduos que apresentam maior risco a desenvolver patologias mais graves (SANTOS, 2013).

Com isso, por meio do perfil dos indivíduos que frequentam o pronto atendimento de dor torácica é possível que o enfermeiro elabore protocolos de admissões, com objetivo de promover a agilidade e eficácia do processo (CARDOSO et al., 2013).

A prevenção dos fatores de risco pode possibilitar a redução da mortalidade ou prevalência de sintomas como a dor torácica, que pode está associada a algumas doenças. Já que mais de 60% das pessoas atendidas apresentam algum fator de risco, ou diferentes fatores associados (CARDOSO et al., 2013).

Os fatores de risco mais evidenciados são: a hipertensão arterial, potencialidade para desenvolver doenças cardíacas, diabetes, tabagismos entre outras. Esses também são fatores de risco intimamente ligados a doenças cardíacas. Desse modo, investir na prevenção dos fatores de risco pode alterar o perfil dos pacientes atendidos com dor torácica, assim como na quantidade dos mesmos (CARDOSO et al., 2013).

De acordo com os dados do hospital Israelita Albert Einstein entre 2013 a 2014 o número de mulheres com queixam de dor torácica foi maior que de homens, contudo esse fato pode refletir a reduzida presença masculina na procura por atenção médica (HIAE, 2014).

A maior parte dos atendimentos relacionados à dor torácica é classificada como pouco urgentes cerca de 66%. Quase 22% dos casos avaliados são casos de urgência, fatos que mostram que é importante compreender melhor o perfil da dor torácica (BRASIL, 2012).

Alguns fatores de riscos devem receber mais atenção, como os fatores que possuem relação com o infarto agudo do miocárdio, frequentemente ligado à dor torácica, onde cerca de 48% dos indivíduos possuem hipertensão e 27% dos mesmos possuem histórico familiar de doença arterial coronariana (BRASIL, 2012).

2.12 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA DOR TORACICA: O ENFERMEIRO NO PROTOCOLO DE MANCHESTER

O enfermeiro é o profissional que está diretamente ligado á prática na classificação de risco, no qual, após passar por um treinamento, o mesmo pode ser titulado como classificador. Ainda nesse sentido, o enfermeiro necessita seguir um protocolo pré-

estabelecido com o objetivo de amparar suas decisões, visto que ele é o profissional mais indicado para desenvolver esta tarefa, por possuir uma visão holística do paciente (SOUZA, 2009).

Nos últimos anos o protocolo de Manchester vem sendo empregado como uma das principais ferramentas, para a sistematização do processo de atendimento. O enfermeiro possui um grande papel no processo de organização do atendimento (GOTARDO; ENDLICH, 2014).

Esse profissional é o único que pode realizar o processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde, pois está previsto no Art 1º da Resolução COFEN 311/2007. Contudo apenas os profissionais que apresentam qualificação necessária para o cargo (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Mesmo que o protocolo de Manchester apresente diversos pontos positivos, o mesmo ainda possui algumas problemas diretamente ligados a sua implementação. Em relação aos enfermeiros, durante a atuação alguns profissionais relatam a insatisfação do cliente posteriormente a classificação de risco, além da insatisfação em relação ao espaço utilizado para realizar a triagem; resistência da equipe medica em incorporar o protocolo; falta de experiência em atuar em urgência e emergência (SOUZA, 2009).

De modo geral, a dor trata-se de um relevante componente quando procuramos os serviços de urgência. Com isso, a maior parte dos pacientes que procuram atendimento apresentam algum tipo de dor (BRASIL, 2011).

Pacientes que apresentam dor, podem se tornar hostis ou agitados, fato que pode desestabilizar desde os profissionais que atuam nesse setor, como os pacientes que aguardam atendimento (SOARES, 2016).

O processo de avaliação deve ser bem feita, já que a mesma deve direcionar o paciente para um acolhimento adequado e em seguida classificar a necessidade do paciente. Desse modo, alguns fatos relevantes são necessários como: a cultura, a demonstração verbal, o tipos de expressões de dor, as mudanças comportamentais, assim como os tipos e/ou níveis de lesões devem ser levados em conta (SOARES, 2016).

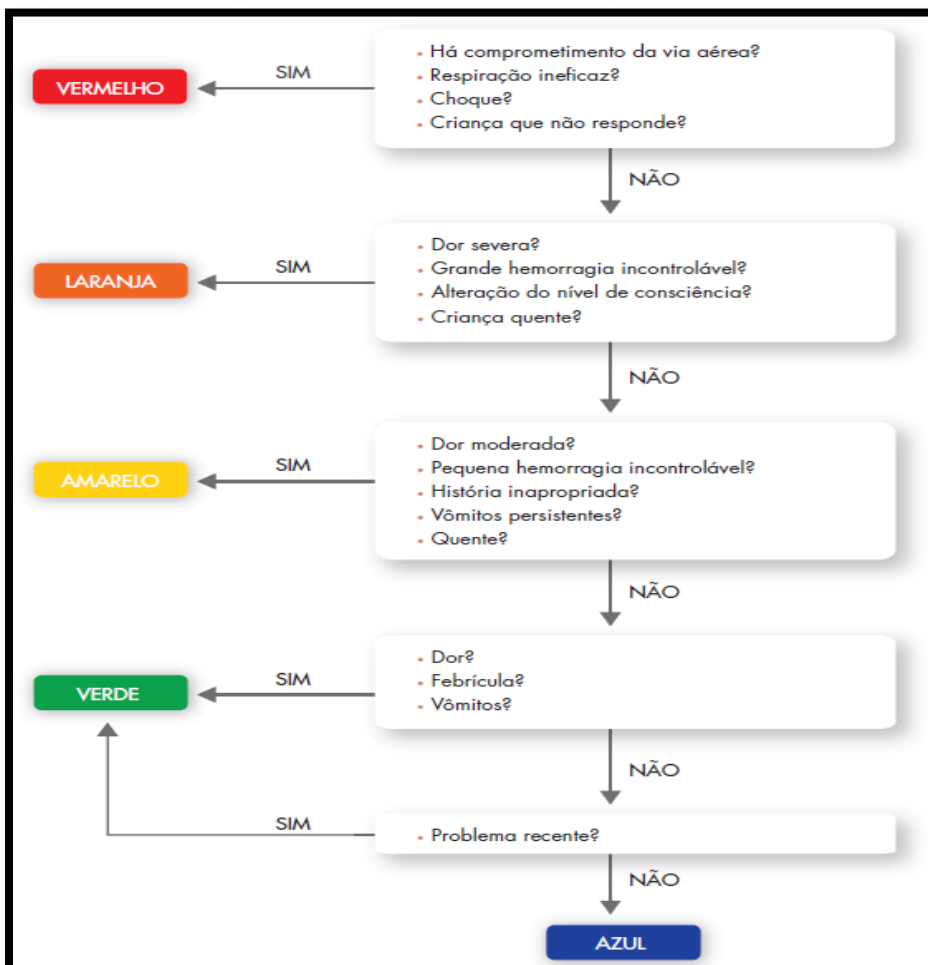
Almejando compreender melhor a intensidade da dor as instituições de saúde passaram a adotar escalas ou régua, que podem estabelecer o grau de dor exibido

pelo paciente. As escalas mais empregadas são as numéricas, onde os pacientes avaliam a dor em uma escala de 0 a 10, por meio de ações descritas ou verbais (BRASIL, 2011).

Desse modo, quando avaliado o paciente pode classificar sua dor por meio de descrições do que está sentido, seja sem dor ou com muita dor. Nesse sentido, o protocolo de Manchester pondera os passos e técnicas para classificar a dor, bem como a régua de avaliação da dor (BRASIL, 2011).

A classificação de risco devem levar em conta os discriminantes gerais, entre esses estão: a dor, a presença de hemorragia, o risco de morte, temperatura, agravamento, risco de morte e nível de consciência. Esses discriminantes são frequentes nos mais diversos fluxogramas devolvidos na saúde (UNIVERSIADE ABERTA DO SUS, 2017).

Figura 8 - Fluxograma dos discriminantes gerais



Fonte: Universidade Aberta Do Sus (2017)

Durante o acolhimento o paciente deve ser avaliado por meio de dados como esses: a queixa que o levou a procurar atendimento, situação e tempo os sintomas estão presentes; é importante que o mesmo descreva um breve histórico de sua saúde (pode ser relatado por parente ou testemunhas); se fez ou faz uso de medicações (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

Posteriormente o enfermeiro deve verificar os sinais vitais, seguido de exame físico sumário, com a finalidade de identificar sinais específicos e por fim verificar a glicemia e eletrocardiograma se necessário (FERREIRA; MADEIRA, 2011).

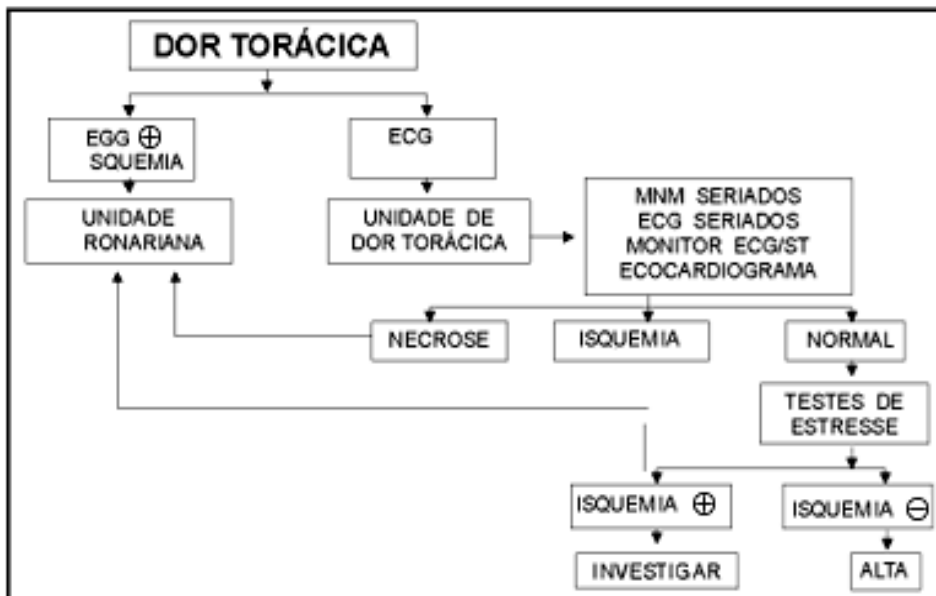
Durante a classificação de risco a sala de triagem necessita conter recursos específicos para a avaliação correta dos pacientes. Uma vez apenas com equipamentos é possível estabelecer a ordem de prioridade, levando em conta a grande variedade de patologias a ser relacionadas à classificação (FERREIRA; MADEIRA, 2011).

Por esse motivo o manual de classificação de risco deve sempre está presente na sala de triagem, pois esse material serve de guia para as avaliações, desse modo se aparecer qualquer dúvida esse é um ótimo recurso de auxílio (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Matérias como glicosímetro, relógio, termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio, monitor (saturímetro e FC), são básicos para desenvolver a avaliação durante a triagem de risco. Além disso, é necessário que haja meios de identificação de prioridade, que pode correr por meio de pulseiras ou adesivo. O registro da classificação também é um fato relevante, sendo assim o profissional deve preencher uma ficha de registro de classificação de risco (FERREIRA; MADEIRA, 2011).

É critério das instituições de saúde ter ou não uma área física para o atendimento dos indivíduos com dor torácica. Quando essa está presente, deve apresentar características específicas. Como a existência de um modelo sistemático, como um fluxograma e ou protocolo de ação (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Figura 09 - Fluxograma geral de classificação do paciente com dor torácica



Fonte: Farias e Moreira (2012, p. 369)

Os equipamentos necessários estão diretamente ligados com as doenças cardíacas: são eles, a eletrocardiograma que apresenta 12 derivações; assim como leitos com monitoração contínua eletrocardiográfica; recursos para reanimação cardiorrespiratória; marcadores séricos de necrose miocárdica (CK-MB e troponina): a coleta e resultado de dosagem dos marcadores de necrose devem ocorrer em 2h; teste ergométrico (BOAVENTURA; SANTOS; PASELLO, 2011).

2.13 MÉTODOS DE AÇÃO NO TRATAMENTO DE DOR TORÁCICA

As medidas mais empregadas são medicamentosas, dentre essas medidas estão: o tratamento da dor com: opóides, nitratos e oxigênio e tratamento com beta-bloqueadores (BRASIL, 2009; LATE; PIELLER, 2009).

Opóides: Está relacionada ao emprego de medicamentos como a morfina, devido a sua eficiência no alívio da dor, da ansiedade e também apresenta ação vasodilatadora. Normalmente são utilizadas doses entre 7 e 8 mg, e se necessário adicionar doses de 2mg. Esse tipo de medicamentos ainda pode ser empregado em efeitos colaterais de depressão, bradicardia, hipertensão entre outras (LATE; PIELLER, 2009).

Os nitratos são utilizados para aliviar os sintomas e não reduzir a mortalidade do infarto agudo do miocárdio. Nesse sentido os dinitrato de isossorbida podem ser utilizados para reduzir espasmo coronariano. A nitroglicerina pode ser usada, sobretudo em sintomas congestivos ligados a hipertensão (LATE; PIELLER, 2009).

O oxigênio necessita ser administrado em paciente que possuem dispneia, hipóxia, edema pulmonar e choque pulmonar. Às vezes o oxigênio pode ser associados às mascarar de ventilação não invasiva, ou túbulo orotraqueal, de acordo com o grau de congestão pulmonar (LATE; PIELLER, 2009).

O tratamento com beta-bloqueadores, são comumente úteis para o controle da dor anginosa, no tratamento da hipertensão, assim como nas taquiarritmias ligadas ao evento agudo. Pesquisas apontam que os B-bloqueadores possam reduzir a incidência de arritmias fatais. Sugere-se a medicação endovenosa inicialmente (GISSI, 2015).

Além do tratamento antiplaquetário, na qual pode-se utilizar a aspirina, os Inibidores da glicoproteína 2b3a, a aspirina mostrou que apresenta impacto benéfico à mortalidade. Essa deve ser administrada imediatamente em doses de 200-350 mg e mantida indefinidamente. Os pacientes que apresentam algum tipo de alergia não devem receber esse tipo de medicação. Já os inibidores da glicoproteína 2b3a podem ser usadas, uma vez que essa possibilita o cuidado de doenças como: trombos ou angioplastias em pontos de safena (GISSI, 2015).

2.13.1 Atuação do enfermeiro no atendimento hospitalar na dor torácica

Ao chegar à unidade de dor torácica, várias vezes, o enfermeiro é o profissional que realiza o primeiro contato. O profissional em questão deve exibir habilidades para desenvolver a suas ações de forma competente, científica, humana e ética (CAVEIÃO et al., 2014).

A equipe de enfermagem deve ainda, distinguir os sinais e sintomas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), para isso é necessário que se conheça o histórico do paciente e também estabeleça um plano de atenção para a fase aguda, esse deve atender as necessidades humanas básicas (BRASIL, 2016).

A oxigenação/ ventilação, a circulação/ perfusão são empregadas a fim de possibilitar conforto e controlar a dor. Em uma terapia precoce deve-se avaliar os sinais vitais, o acesso venoso periférico e também coletar sangue (BRASIL, 2016).

Nas unidades de atendimento emergencial a suspeita de IAM é preocupante, já que essa patologia trata-se da morte do músculo cardíaco e o seu nível de gravidade está relacionada à sua extensão, que pode provocar repercussões hemodinâmicas. Por este motivo, o enfermeiro deve ir além do simples atendimento, a capacitação da equipe também é indispensável para a avaliação rápida e segura (SUGUINO; BRAGA, 2008).

É importante ressaltar que o enfermeiro além de desempenhar o atendimento aos pacientes, esse deve promover a educação em saúde, almejando à prevenção dos aspectos de risco e a informação em relação ao conhecimento dos sintomas do IAM, destacando a relevância do atendimento imediato posteriormente ao surgimento da dor torácica, além de informar como acionar o sistema de atendimento de emergência quando ocorrerem os sinais (ALVES et al., 2014).

Para o atendimento do cliente, os principais sintomas avaliados pelos enfermeiros para caracterização de Dor Torácica são: precordialgia (1), irradiação para mandíbula (2), epigastralgia (3) e hipertensão (4), (5) avaliam também outros sintomas como dispneia, náusea, hereditariedade, afasia, taquicardia e confusão mental (CAVEIÃO et al., 2014, p. 924).

Posteriormente ao identificar os sinais e sintomas existentes na dor torácica é importante avaliar a irradiação para o dorso, palidez, dispneia, dor generalizada, hipertensão, náusea e sudorese (SANTOS, 2009).

Os mais relevantes atos e intervenções realizados pelos enfermeiros durante o cuidado ao paciente com dor torácica são: monitorar as variações cardíacas, a coleta de enzimas cardíacas, realização de eletrocardiograma, checar a glicemia capilar, instalação de oxigênio e punção de acesso venoso periférico (SANTOS, 2009).

A capacitação da equipe de enfermagem é um fator primordial para o sucesso de atendimento. Quando a equipe é treinada, o cuidado é realizado com habilidade e rapidez, conseqüentemente proporciona uma atenção segura e de qualidade para os pacientes (LAFRANCHI; ANDES, 2013).

2.13.2 Enfermeiro: O uso de protocolos assistenciais na avaliação de dor torácica

Assim como em qualquer cuidado em enfermagem a classificação de riscos deve ocorrer de forma rápida e objetiva. Na dor torácica essa deve ser realizada pelo profissional de enfermagem, para a efetividade dessa avaliação, é indispensável que haja suporte educacional, assim como compreender a dor e também os recursos tecnológicos utilizados (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010).

Trabalhar com dor torácica não é tarefa fácil a nível nacional e internacional, já que esse sintoma é reconhecidamente identificado pela literatura como um problema social e econômico mundial em decorrência da elevada ocorrência (OLIVEIRA; SILVA; LEITÃO, 2010).

O manejo da dor desenvolvido pelo enfermeiro deve ser direcionado por um guia, ou seja, um instrumento desenvolvido para promoção da avaliação e manejo de forma segura e rápida. Para o sucesso dessa atividade é importante que o profissional esteja seguro de suas ações e comprometido (FERNANDES et al., 2009).

O protocolo é um instrumento que possibilita uma atenção mais segura, tendo em vista que essa pode guiar o profissional para as medidas mais adequadas de acordo com as necessidades apontadas e ou identificadas no paciente (FERNANDES et al., 2009).

O emprego de protocolos de dor torácica fornece uma atenção baseada em evidências, sendo considerado indispensável e capaz de identificar mais de 30% dos portadores de SCA que poderiam ser liberados sem cuidado adequado. Esse tipo de recurso auxilia no tempo, mas também é um respaldo ao trabalho do enfermeiro (FERNANDES et al., 2009).

Fatores de exclusão de gravidade devem ser realizados antes da triagem classificatória, por meio de uma coleta de dados, histórico clínico, seguido de exame físico e características dos sintomas (PIEGAS et al., 2009).

Avaliação da dor torácica e também dos ligados a isquêmica cardíaca é um grande desafio para o profissional de enfermagem, sobretudo durante a classificação de risco, que pode determinar a gravidade dos pacientes priorizando esses ou não para o atendimento. Mesmo que exista uma grande demanda no atendimento de dor

torácica durante atuação emergencial, a sistematização das condutas em enfermagem ainda é deficiente, fato leva ao aumento do tempo de atendimento e atrasos (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Pesquisas apontam na redução de eventos coronarianos em situações em que a síndrome coronariana aguda é tratada de forma eficaz, por meio de protocolos e atendimento. Além disso, é importante que os profissionais envolvidos sejam treinados para desenvolver o manejo de urgências e emergências cardiovasculares (FARIAS; MOREIRA, 2012).

Uma das mais relevantes ações do enfermeiro no cuidado de pessoas com infarto agudo do miocárdio é a identificação precoce de um infarto, assim como prioridade no atendimento, ações que reduzem o sofrimento do músculo cardíaco (BEZERRA, 2011).

De maneira geral o objetivo do tratamento dos indivíduos que apresentam dor torácica é a diminuição do atraso durante a identificação da patologia. Evitar a liberação de pessoas classificadas de modo errado, reduzir os custos hospitalares gerados por avaliações desnecessárias (ORTIZ et al., 2010).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em questão possibilitou constatar a reduzida quantidade de referências relacionadas à avaliação de dor torácica realizada pelo enfermeiro no Brasil.

O perfil dos pacientes que apresentam dor torácica como queixa principal. É de maioria do sexo mulheres, cor branca com faixa etária mais frequente de pessoas cima dos 30 anos. Um dos fatores de risco mais ligados a dor torácica é a hipertensão arterial seguida da potencialidade para desenvolver doenças cardíacas.

A sistematização do cuidado é indispensável para a segurança do paciente, uma vez que essa promove atenção de forma organizada. O protocolo é um dos recursos mais usados no cuidado.

Para reconhecer a validade dos protocolos de dor torácica foi importante compreender ação do enfermeiro sobre esse processo. Uma vez que esse é o profissional mais indicado para desenvolver as ações ligadas ao protocolo.

Um protocolo assistencial, só pode ser considerado efetivo quando o mesmo consegue abranger as necessidades específicas dos pacientes atendidos e, também as expectativas da equipe profissional que fará uso do mesmo.

Mesmo que haja protocolos sistematizados para a dor torácica ainda existem serviços que necessitam de padronização para as ações em enfermagem. Uma vez que enfermeiros indicam que é necessário algumas adaptações para a utilização do protocolo durante o dia- a- dia. Uma das queixas é a extensão da aplicação do protocolo, que pode dificultar o atendimento de muitas pessoas.

Por fim, foi possível compreender que o protocolo de dor torácica existente está diretamente relacionando com a realidade vivenciada pelos enfermeiros nas instituições de saúde, durante as classificações de risco. Em trata partida ainda é importante que promova a educação e o treinamento dos profissionais para atuar nesse processo. Assim como alterações pertinentes que possam tornar a aplicação dos protocolos ainda mais eficiente.

REFERÊNCIAS

- AGRIZZI, G.F. Sistematização da atenção em enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p. 22-27, 2010.
- ALBUQUERQUE, P.L.M.M. et al. Dor precordial não usual. Relato de Caso. **Rev. Bras Cardiol.**, v. 23, n. 2, p. 200-1, 2010.
- ALDO, R.T. J. Protocolo de dor torácica. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro, n. 181, p. 1078-84, 2010.
- ALVES, R. Emergências Odontológicas em Dor no Peito. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 23-24, 2008.
- ALVES, T. Diretriz de dor torácica em sala de emergência. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 9, 2009.
- ALVES, R. et al. **Diagnóstico diferencial da dor torácica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.
- ALVES, R.; SAITH, T.T.G. Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com dor torácica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. UFG - Universidade Federal de Goiás/Goiás, v. 3, n. 8, p.12-13, 2014.
- ALVES, R.H. et al. Protocolo de dor torácica: Atuação do multiprofissional. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo; n.8, v.3: p.61-68: 2014.
- ANDES, F.G. Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronarianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2007.
- ANDES, F.G. Emergências Clínicas- Abordagem Prática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 2 n. 14, p. 45-49, 2008.
- ANDES, F.G. Dor Torácica em Sala de Emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 7, n. 9, p. 159-161, 2009.
- ANDES, F.G. Dor Torácica em Sala de Emergência- revisão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 3, n. 7, p. 12-16, 2011.
- ARAÚJO, V.J. Perfil dos pacientes atendidos nas unidades de dor torácica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 321-322, 2013.
- ARAUJO, R.D; MARQUES, I.R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 6, 2007.
- AZEVEDO, C.F. Intensidade da dor torácica aguda em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.3, n. 6, p. 45-47, 2009.

BARBOSA, T.P.; BECCARIA, L.M.; PEREIRA, R.A.M. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**; v. 23, n. 4, p. 470-7, 2011.

BARRA, D.C.C. dor torácica no infarto agudo do miocárdio. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v.12, n. 5, p.97-99, 2016.

BARRA, D.C.C.; et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 3, p. 422-30, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 01 de mar. 2017.

BASÍLIO, C.B.N. Intensidade da dor torácica aguda em unidade de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Minas Gerais, v.19, n. 14, p. 23-24, 2007.

BASSAN, L.K. Protocolo de Atendimento da Dor Torácica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Minas Gerais, v. 21, n. 18, p. 9-12, 2012.

BEZERRA, P. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

BEZERRA A.A; BEZERRA A.A; BRASILEIRO M.E. A conduta de enfermagem frente ao paciente infartado. **Rev Eletrônica Enferm**. v. 1, n.1, p. 1-10, 2011.

BOAVENTURA, L.; SANTOS, C.; PASELLO, S. **Atuação do Enfermeiro no Infarto Agudo do Miocárdio**. Artigonal, 2011.

BORGES, D. Sistema de Triagem de Manchester: Contribuição para a sistematização em saúde. **Revista de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 34-36, 2008.

BORGES, D. Dor Definitivamente Anginosa e suas Principais Características. **Revista de Enfermagem**. v. 15, n. 6, p. 128-129, 2013.

BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & contexto enfermagem**. v. 19, n. 2, p. 283-90, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Perfil dos usuários na unidade de dor torácica**. Agência nacional de vigilância sanitária: Ministério da Saúde. p. 65, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do cuidado de enfermagem**. Brasília: secretária executiva, Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de atenção á saúde. **Humanização do cuidado de enfermagem**. Brasília: secretária executiva, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de atenção á saúde. **Sistematização do cuidado: triagem de Manchester**. Secretária de saúde de minas gerais. p. 34, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de atenção á saúde. **Implementação de triagem de Manchester**. Secretária de saúde de minas gerais. p. 34, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de atenção á saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 56, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolos de dor torácica**. Ministério da Saúde. p. 67, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2013: **uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_sau de.pdf> Acesso em: 04 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. **Secretaria executiva. Humanização: acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 49, 2015. BRASIL, Ministério da saúde. **Política Nacional de atenção às urgências**. Brasília: Editora do ministério da saúde, p. 4-46, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa para o atendimento de dor torácica em emergências no Brasil**. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qies.def>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BRITO, G.K.L. Triagem de Manchester na idade pediátrica- estudo inter hospitalar. **Nascer e crescer**. v. 23, n. 5, 2009.

CARAPINHEIRO, J. **A dor torácica na sala de emergência**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

CARDOSO, S.B. Implantação da Classificação de Risco em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 14, n. 6, 2008.

CARDOSO, S.B. et al. Perfil dos usuários na unidade de dor torácica de um hospital privado. **R. Interd**. v. 6, n. 2, p. 1-7, 2013.

CALVACANTE, N. et al. Intervenções direcionada para solucionar a superlotação no serviço de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 23, n. 9, p. 77-79, 2012.

CAVEIÃO, C. et al. Desafios ao Enfermeiro na Implantação da Classificação de Risco em Unidade Mista. **Rev Enferm UFSM**. Jan/Mar, p. 189-196, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem: atuação no protocolo de dor torácica**. 2017.

Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html> Acesso em: 06 de mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN – MT, Conselho Federal de Enfermagem do Mato Grosso. Artigo 1º, a **Resolução Cofen 423/2012**. 02 de abril de 2013. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/qual-categoria-profissional-deenfermagem-esta-apta-a-realizar-a-classificacao-de-risco_780.html> Acesso em: 13 de abr. 2017.

COUTINHO, A; CECILIO, L; MOTA, J. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester, **Revista Medicina**, Minas Gerais, 2012.

CUNHA, H.B. A. Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 23, n. 4, p. 12-16, 2012.

DE PAULA, R.J. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. Enferm.**, v. 6. n. 1, p. 13-17, 2010.

DE PAULA, R.J. Perfil dos pacientes atendidos nas unidades de dor torácica. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 23-25, 2014.

FARIA, A.A. Fatores de riscos para doenças cardíacas no Brasil. **Texto & contexto enfermagem**. v. 2, n. 9, p. 5-6, 2008.

FARIAS, M. M; MOREIRA D.M. Impacto de protocolo de dor torácica sobre a adesão às diretrizes societárias: um ensaio clínico. **Rev Bras Cardiol**. v. 25, n.5, p. 368-76, 2012.

FERNANDES, J. C. et al. **Base de Dados para Elaboração de um Instrumento para Coleta de Dados de Enfermagem na Unidade de Dor Torácica** – Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009.

FERNANDES, G.L. Princípios do Manejo da Dor nos Departamentos de Emergência para Pacientes com Condições Médicas Dolorosas Agudas. **Rev Bras Cardiol**. v. 28, n. 4, p. 75-76, 2010.

FERRAREZI, D.S. **Rotinas em Pronto Socorro**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, v. 3, n. 6, 2015.

FERREIRA, A.M.C.; MADEIRA, M.Z.A. A Dor Torácica na Sala de Emergência: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v. 4, n.1, p. 50-56, 2011.

FIGUEIREDO, E.Q. Alto custo do tratamento de eventos adversos na emergência. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 34-36, 2015.

FORTUNATO, G.S.J. et al., Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GILBOY, U.I; TRAVERS, M; ROSENAU, C.M. Relevância das novas tecnologias na sistematização em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v. 7, n. 2, 2011.

GISSI, D. Educação na triagem de risco em unidades de dor torácica. **Revista Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 67-69, 2015.

GOES, R.T. Classificação de risco: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**; v. 8, n. 2, p. 23-24, 2007.

GOMES, C.C. Rev. Protocolo de dor torácica - Programa Proficiência. **Latino Am. Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 548-56, 2011.

GOMES, Y.L. et al, O infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos que apresentam dor torácica como principal sintoma. **Revista de Enfermagem**. v. 14, n. 8, p. 89-91, 2014.

GOMES, V.; GARCIA, T. Cuidado integral em saúde: Medidas para promover a segurança do paciente. **Revista de Enfermagem**; v. 19, n. 16, p. 187-189, 2015.

GOTARDO, Z.; ENDLINCH, A.F. avaliação da dor torácica. **Revista de Enfermagem**; v. 17, n. 9, p. 49-50, 2014.

GRANDO, L.; VIERA C. S. Oxigenioterapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 2, p.14-21, 2012.

Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 04 de abr. 2017.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 1º ed. BRASIL, 2010.

GUEDES, S.H.H.; CASTRO, C.M.M. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **SERV. SOC. REV.**, LONDRINA; v. 12, n.1, 26 p. 4-26, 2009.

HIAE. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Gerenciamento da dor na SBIBHAE. 2008**.Hospital Israelita Albert Einstein. Gerenciamento da dor na SBIBHAE. 2008.

HIAE. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Histórico**, 2014. Disponível em: < <https://www.einstein.br>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

JACQUES, E.; GONÇALO,R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais. **Revista Inovação**. v. 13, n. 5, p. 56-58, 2007.

JIMENEZ, J. G. Classificação de risco. **Rev. Emergencias**. v. 15, p. 165-17, 2003.

KLAUMANN, P.R.; WOUK, A.F. P.; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Revista de Enfermagem**. v. 7, n. 3, p. 49-50, 2008.

LACERDA, E.P, et al. Atuação da enfermagem no tratamento com oxigenoterapia hiperbárica. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 118-23, 2006.

LAFRANCHI, R. Atuação da enfermagem na classificação de risco. **Revista de Enfermagem**. v. 9, n. 6, p. 241-243, 2009.

LAFRANCHI, R.; ANDES, F.L. Atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem**. v. 16, n. 4, p. 28-29, 2013.

LATE, T.F.; PIELLER, C.Z. Dor crônica pós-cirúrgica: como prevenir durante a atuação. **Revista Inovação**. São Paulo, v. 5, n.12, 2009.

LOPES, A.S.; AZEVEDO, D.L. Unidades de Dor Torácica. **Arq Bras Cardiol**. v. 4, n. 2, p. 32-36, 2008.

LUZ, M.K.; MIRANDA, M.F. Unidade de Dor Torácica e Síndromes Coronarianas Agudas - Seis Passos da Porta ao Cateterismo. **Revista de Enfermagem**; v. 12, n. 4, p. 23-27, 2009.

MAGALHÃES, P.A.P.; MOTA, F.A.; SALEH, C.M.R.; SECCO, L.M.D.; FUSCO, S.R.G.; GOUVÊA, A.L. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Revista Dor*. v. 12, n. 3, p. 221-5, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, K. J. **Rotinas em Pronto Socorro**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MILLER, M.D.; GRANGER, C.B. **Evolução dos pacientes com dor torácica em Unidades De Terapia Intensiva (UTI)**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

MORAIS, F.T. et al. Avaliação da dor torácica: Um desafio para a saúde. **Revista de Enfermagem**. v. 14, n. 6, p. 3-6, 2009.

MORETE, M.C.; MINSON, F.P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Revista de Enfermagem**. v. 11, n. 1, p. 74-80, 2010.

OLIVEIRA, R.M.; SILVA, L.M.S.; LEITÃO, I.M.T.A. Análise dos saberes e práticas de enfermeiras sobre avaliação da dor no contexto hospitalar. **Rev enferm UFPE**. v.4, n.3, p. 53-56, 2010.

ORTIZ, M; BITTENCOURT, M. **Protocolo de dor torácica**. UTI cardiológica. Curitiba: Hospital das Clínicas. Universidade Federal do Paraná. 2010.

O CORPO HUMANO. **O sistema circulatório**. 2017. Disponível em: <<http://www.ocorpohumano.com.br>>. Acesso em: 10 de mar. de 2017.

PEREIRA, R.F. et al. Eficácia dos protocolos de dor torácica: Ação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 4-46, 2010.

PESARO, et al. Infarto agudo do miocárdio – síndrome coronariana aguda. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 2, p. 14-17, 2014.

PIEGAS, L.S. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq Bras Cardiol**. v. 93, n. 6, p.179-264, 2009.

PINTO, D.; LUNET,N; AZEVEDO. A sensibilidade e especificidade do sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda. **Rev. Port cardiol**. v. 29, n. 10, 2010.

POWER, I. KAM, P. **Anatomia e fisiologia humana**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. Enferm**. São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

QUEIROZ, D.F. O perfil do enfermeiro que atua nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 7, n. 3, p. 442-6, 2015.

QUEIROZ, D.F. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**. v. 30, n. 1, p. 120-6, 2010.

RAMIRES, J. A. F; VIANNA, C.B. Dor torácica em pacientes com cinecoronariografia normal (síndrome X): novos conceitos. **Rev Ass Med Brasil**. v. 44, n. 3, p. 229-3, 1998.

RIOS, D.F.C. et al. Tronboembolismo pulmonar como causa de dor torácica na sala de emergência. **Rev Méd Minas Gerais**. v. 20, p. 465-8, 2010.

ROCHA, A.S.C. et al. Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**. v. 94, n. 6, 2010.

RODRIGUES, Q. et al. Incidência de pacientes atendidos em Hospital do Vale do Paraíba, com Infarto Agudo do Miocárdio e necessidade de internação em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 18, n. 23, p. 306-357, 2013.

SAITH, C.J. Infarto agudo do miocárdio. Um século de história. **Arq Bras Cardiol**; v. 77, n. 6, p. 593-601, 2007.

SANTOS, et al., Síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 5, p. 597-602, 2009.

SANTOS, J.J. A dor torácica em mulheres no atendimento de emergência: Conduta e evolução. **Rev Assoc Med Bras**; v. 32, n. 12, 2013.

SANTOS, A.P, FREITAS. P.; MARTINS, H.M.G. Emergência em Cardiologia: Um Guia para Estudo. **Repartment. Emerg Med J**. v. 31, n. 2, p. 148-52, 2014.

SÃO LUIZ. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**. Secretaria Municipal de Saúde. São Luiz, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso em: 04 de abr. 2017.

SILVA, W.R. O trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Revista de Enfermagem**. São Paulo. v. 15, n. 9, p. 32-33, 2007.

SILVA, T.I. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 2, p. 765-767, 2009.

SILVA, V. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. v. 22, n.12, p.18-19, 2013.

SILVA, F.L. et al. Desafios e possibilidades da triagem na emergência. **Rev Enferm**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 6, p.1-6, 2014.

SILVA, M.; RIBEIRO-FILHO, L.L. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento, **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 15, n. 9, p. 12-19, 2011.

SOARES, D. Os protocolos de atenção em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 12-23, 2008.

SOARES, D.T. Custos médicos da avaliação de pacientes com dor torácica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 26, p. 123-125, 2016.

SOUSA V.E.C. et al. Troca de gases prejudicada: 47 análise em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 545-9, 2008.

SOUZA, M.P. Teste ergométrico imediato em pacientes com dor torácica na sala de emergência. **Arq Bras Cardiol**. v. 79, n.1, p. 91-6, 2009.

SUDBRACK, R.G. Abordagem do paciente com dor torácica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 9, n. 3, p. 58-59, 2009.

SUGUINO, T.T; BRAGA, G.J. Tratamento da dor torácica: atuação do enfermeiro. **Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 45-48, 2008.

TANNURE M.C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem – Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNASUS. **Classificação de risco**. 2017.

Disponível em:

<https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10197/mod_resource/content/2/un03/top02p01.html>. Acesso em: 28 de mai. 2017.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 334-9, 2010.

.