



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ANDRÉ DE OLIVEIRA SANTANA**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA ISQUÊMICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ANDRÉ DE OLIVEIRA SANTANA**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA ISQUÊMICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientador: Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOR TORÁCICA ISQUÊMICA** de autoria do aluno **ANDRÉ DE OLIVEIRA SANTANA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem.

---

**Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny**  
Orientador

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
3 MÉTODOS.....	6
3.1 Caracterização do Município.....	7
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	8
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS.....	12

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1 Principais etiologias da dor torácica.....	4
Quadro 1 Principais causas de dor torácica.....	9
Fluxograma 1.....	9

## **RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo refletir sobre os fatores preponderantes nos casos de atendimento a pacientes com dor torácica (DT) e, assim, elaborar um protocolo de diagnóstico rápido para atendimento de dor torácica isquêmica, além de contribuir para a uniformização dos procedimentos entre profissionais da saúde na realização diagnóstica. Trata-se de uma revisão da literatura do tipo descritivo, no período de janeiro a março de 2014 nas bases de dados MEDLINE (*National Library of Medicine*), PUBMED - NCBI (*National Institutes of Health*) e SciElo, pesquisados com os seguintes descritores nos idiomas português e inglês: Sistema respiratório, dor torácica, urgência e emergência. Foram localizados vinte e sete artigos, sendo que destes, onze atenderam às expectativas do tema. Concluímos que uma estratégia diagnóstica sistematizada, é indispensável no atendimento de pacientes com dor torácica objetivando-se obter uma alta acurácia diagnóstica, redução de custo e otimização da utilização dos leitos da unidade de atendimento.

**Palavras-chave:** Dor Torácica, Diagnóstico Diferencial, Fluxo de atendimento em dor torácica

## 1 INTRODUÇÃO

Uma das causas mais comuns de procura de assistência médica na sala de emergência é a dor torácica, mas somente 10 a 15% dos pacientes que chegam com dor no peito apresentam quadro de infarto agudo do miocárdio (IAM). Conhecida popularmente como dor no peito, a dor torácica pode ser causada por várias condições clínicas que podem ser de contraturas musculares à infarto do miocárdio (ARAÚJO; MARQUES, 2007).

Segundo Araújo e Marques (2007), dadas a frequência da queixa de dor torácica em salas de emergência, a variedade de possíveis causas a ela relacionadas, a potencial gravidade de algumas destas e a maior prevalência das condições mais benignas, que podem reduzir o grau de suspeita para as causas graves por parte do emergencista menos atento, torna-se crítico o estabelecimento de estratégias que facilitem a identificação precoce das causas graves em meio ao grande volume de casos de menor complexidade e que permitam a equipe de saúde tomar a decisão de admitir os casos de real necessidade.

A dor torácica sugestiva de isquemia vem sendo um assunto de grande relevância a nível mundial, segundo Araújo e Marques (2007) anualmente, em nosso país, são realizados 4 milhões de atendimentos por dor torácica. A variedade das condições clínicas que se manifestam com a dor torácica faz com que haja uma tomada de decisões rápida com relação aos procedimentos, podendo assim aumentar o prognóstico para os pacientes que apresentam tais sintomas.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002) dá uma descrição clássica da dor torácica na síndrome coronariana aguda como uma dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos, ou dispneia. A dor pode durar alguns minutos (geralmente entre 10 e 20) e ceder, como nos casos de angina instável, ou mais de 30min, como nos casos de infarto agudo do miocárdio. O paciente pode também apresentar uma queixa atípica como mal estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor. Pacientes idosos e mulheres frequentemente manifestam dispneia como queixa principal no infarto agudo do miocárdio, podendo não ter dor ou mesmo não valorizá-la o suficiente.

Até a década de 1980, uma parcela considerável dos pacientes atendidos em unidades de emergência com queixa de dor torácica era internada em unidades coronárias por dois a três dias, devido à possibilidade de se tratar de uma síndrome coronária aguda (SCA), permanecendo o paciente internado até que esse diagnóstico fosse estabelecido ou descartado (PFEFERMAN; FORLENZA, 2009, p. 845). Por outro lado, de acordo com os autores, do total de pacientes liberados após a avaliação inicial, 2 a 5% encontravam-se em vigência de uma SCA não diagnosticada, ou viriam a desenvolver um evento isquêmico nas horas subsequentes ao atendimento, ou seja, deixaram de receber o diagnóstico e o tratamento corretos no momento apropriado, gerando assim grande número evitável de mortes e demais consequências clínicas relacionadas aos eventos isquêmicos.

Afecções em praticamente qualquer órgão ou sistema do organismo humano podem implicar em doenças graves. Segundo Forte, Nassar Junior e Martins (2009, p. 622), como regra geral, tais condições tornam-se emergenciais quando repercutem em um dos três grandes sistemas: o cardiovascular, o respiratório ou o sistema nervoso central, devendo receber prioridade de atendimento. A rápida identificação do paciente crítico pode ser feita observando-se estes três sistemas, diminuindo o número de paradas cardiorrespiratórias intra-hospitalares, com a simples padronização da identificação de pacientes potencialmente graves, priorizando seu atendimento por uma equipe com treinamento em emergências.

Pretendeu-se como objetivo deste trabalho, elaborar um protocolo de diagnóstico rápido para atendimento sistematizado de dor torácica isquêmica garantindo ao usuário de um Pronto Socorro Municipal, um atendimento equânime e integralizado e, desta forma, refletir sobre os fatores preponderantes nos casos de atendimento a pacientes com dor torácica, contribuindo para a uniformização dos procedimentos entre profissionais da Saúde na realização diagnóstica dos pacientes que dão entrada em um Pronto Socorro Municipal.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de óbito no Brasil e no mundo, segundo Bocchi e colaboradores (2009) e Bristow e Lowes (2013). Dentre as doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca (IC) participa de maneira importante para morbimortalidade por ser via final de todas as entidades que acometem o coração. Caracterizada pela deterioração progressiva do músculo cardíaco e perda da função de bomba dos ventrículos, tem como principais etiologias: a doença isquêmica, hipertensiva, e idiopática (HUNT *et al.*, 2009).

No Brasil, embora estimativas tenham sido realizadas (que utilizaram percentuais populacionais de outros países e extrapolaram estes dados para realidade brasileira), não existem estudos epidemiológicos que descrevam a prevalência nacional da IC. A III Diretriz Brasileira de IC Crônica descreve os dados referentes à população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através de internações hospitalares. Segundo estes dados, foram realizadas, no ano de 2007, cerca de 293 mil internações por IC, com ocorrência de 23 mil óbitos, chegando a uma mortalidade de 6% (BOCCHI *et al.* 2009).

A dor torácica isquêmica não é um marcador confiável ou sensível de isquemia aguda miocárdica transitória. Episódios de redução primária do fluxo coronariano podem se associar a alterações variáveis e mínimas do ECG que precedem os sintomas de dor ou desconforto. Antes do uso disseminado do AAS e da heparina constatou-se, por monitorização contínua do ECG, que 60% dos pacientes com AI apresentavam episódios assintomáticos de depressão do segmento ST. Esses episódios diminuíram para níveis entre 5% e 20%, em anos mais recentes, com o uso de AAS e heparina. A presença de isquemia ao Holter é um excelente marcador de evolução clínica desfavorável, tanto em curto quanto em longo prazo (NICOLAU *et al.* 2014).

Araújo e Marques (2007) em um estudo com 10 (dez) pacientes, no período de novembro de 2006 a janeiro de 2007 através de entrevista semiestruturada com a questão norteadora: “Qual o significado que teve para o senhor(a) estar com dor torácica (peito) quando estava na Sala de Emergência?”, revelou que a maioria dos pacientes procura o serviço de emergência em situação emergencial ou urgência. Isto significa que a pessoa pode ou não estar passando por um processo patológico e o mesmo pode ou não estar relacionado com os sintomas atuais. Os autores concluíram que a intensidade dos sintomas causa na

pessoa uma certa apreensão e inúmeros questionamentos que levam a organização mental e cognitiva para buscar o entendimento da situação. É de extrema importância para a equipe que atua na sala de emergência dando maior ênfase ao profissional enfermeiro, que o profissional saiba como ele é visto pelo paciente no momento de sua angústia, no momento que recebe os cuidados durante o auge dos sintomas do IAM. Com esta percepção, o profissional pode dedicar algum tempo para assistir também os aspectos relacionados às necessidades psico-espirituais do paciente.

De acordo com Pfeferman e Forlenza (2009) a dor torácica pode ter muitas etiologias possíveis, incluindo não só patologias torácicas como também abdominais e psicossomáticas. Assim, patologias do coração, da aorta, dos pulmões, do mediastino, da caixa torácica, do esôfago, do estômago, da vesícula biliar, do pâncreas e do sistema nervoso podem produzir sintomas com desconforto torácico, e fazem parte de um amplo diagnóstico diferencial. A figura 1, a seguir mostra as principais etiologias da dor torácica:

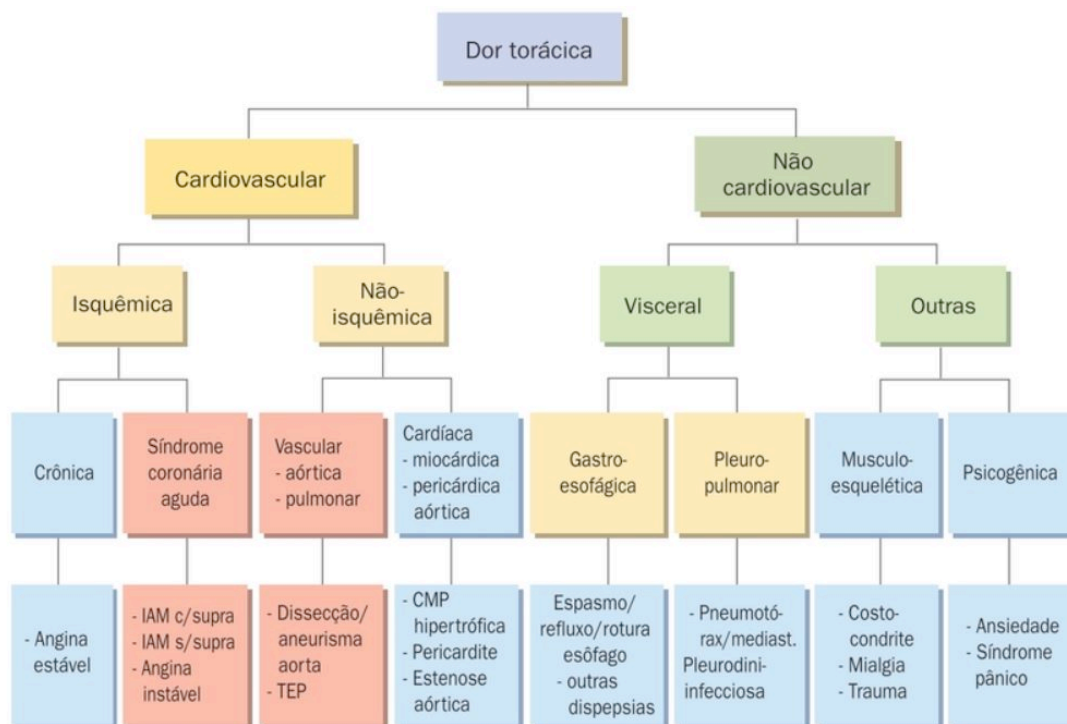


Figura 1. Principais etiologias da dor torácica: Os quadros na cor rosa, estão destacadas as patologias de maior gravidade potencial. CMP: cardiomiopatia; TEP: tromboembolismo pulmonar. Fonte: PFEFERMAN; FORLENZA, 2009, p. 845

Essa gama variada de possibilidades inclui tanto patologias extremamente graves, que podem pôr em risco imediato a vida do paciente, quanto causas completamente benignas. Segundo Pfeferman e Forlenza (2009) a prevalência dessas possíveis causas varia muito de

acordo com a população estudada e com as características do serviço que presta o atendimento.

Para Remigio e Azevedo (2013, p. 92) na estratégia terapêutica da dor torácica, tão importante quanto o valor absoluto da pressão arterial (PA), são a velocidade de sua instalação e o quadro clínico associado. Inicialmente, deve-se manter o doente em repouso, controlar fatores interferentes como dor, estabelecer um acesso venoso, monitorar ritmo cardíaco e PA. Após isso, é fundamental classificar a situação como emergência hipertensiva, urgência hipertensiva ou pseudocrise. De uma forma geral, procura-se reduzir a PA em 20 a 25% num período de 1 a 2 h. Após isso, o tratamento é vem menos agressivo, visando à preservação dos mecanismos auto regulatórios de fluxo. De acordo com os autores, as situações que exigem uma maior rapidez são a isquemia coronariana ativa, a insuficiência cardíaca e a doença encefalovascular.

Nicolau e colaboradores (2014) mencionam que antes do uso disseminado do AAS e da heparina constatou-se, por monitorização contínua do ECG, que 60% dos pacientes com AI apresentavam episódios assintomáticos de depressão do segmento ST. Esses episódios diminuíram para níveis entre 5% e 20%, em anos mais recentes, com o uso de AAS e heparina. A presença de isquemia ao Holter é um excelente marcador de evolução clínica desfavorável, tanto em curto quanto em longo prazo.

O enfermeiro tem como funções, de acordo com Schowonke e colaboradores (2011), atender as necessidades de saúde de pessoas ou de comunidades. Os profissionais que prestam atendimento a pacientes com dor torácica devem ter como objetivo a busca do bem-estar do paciente e os deveres associados a esses objetivos são a veracidade e o atendimento da necessidade real ou presumida, conforme a gravidade do quadro de saúde. Tal situação caracteriza-se por ser aquela em que não pode haver protelação no atendimento nestas unidades.

Desta forma, espera-se que a equipe de enfermagem tenha papel fundamental durante a hospitalização, visto ser a categoria profissional que passa a maior parte do tempo acompanhando o paciente. Portanto, é de responsabilidade dessa equipe os cuidados prestados, além de máximo empenho para reduzir os riscos decorrentes da hospitalização (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010).

### **3 MÉTODO**

Dados brasileiros obtidos pelo DATA-SUS mostram que 35 % das mortes no Brasil são por causas cardiovasculares, resultando em 300 mil óbitos/ano. Trata-se, portanto, de responder questões como: quais fatores podem identificar a classificação inicial da dor torácica no pronto socorro e de que forma pode ser estruturado o serviço de gerenciamento com a criação de uma Unidade de Dor Torácica (UTD).

O Pronto Socorro Municipal de Carandaí, Minas Gerais, atende aproximadamente 2.100 pessoas por mês, tendo a dor torácica como uma apresentação comum, representando até 2% dos atendimentos. As causas de dor torácica vão desde infarto agudo do miocárdio até uma simples irritação muscular e sua classificação inicial torna-se fundamental, o que justifica a escolha do tema.

O fato de que não se pode descartar com certeza uma doença cardíaca isquêmica em um paciente com dor torácica, mesmo apresentando inicialmente um ECG normal e enzimas negativas (normais) na internação, pode levar a equipe indicar internação hospitalar que é um método tradicional, o que pode acarretar um gasto para o sistema de saúde (PFERMAN; FORLENZA, 2009).

Há aproximadamente três anos foi implantado o Sistema Manchester de Classificação de Risco, devido ao grande número de atendimento e alta taxa de mortalidade, na perspectiva de priorizar os doentes conforme a gravidade clínica das queixas apresentadas no serviço de pronto socorro. São usados discriminadores gerais para risco de vida e intensidade da dor e discriminadores específicos que incluem tipo e a gravidade da dor (cardíaca, pleural ou muscular) e alteração do pulso.

A revisão da literatura, do tipo descritivo, foi realizada por meio de pesquisas bibliográficas abrangendo livros com edição recente e, principalmente, através de artigos originais e de revisão. Foram utilizados estudos coletados no período de janeiro a março de 2014 nas bases de dados MEDLINE (*National Library of Medicine*), PUBMED - NCBI (*National Institutes of Health*) e SciElo, pesquisados com os seguintes descritores nos idiomas português e inglês: Sistema respiratório, dor torácica, urgência e emergência. Utilizou-se como critérios de inclusão os textos que abordavam os descritores, objetivando aproximar a discussão ao contexto, e textos publicados com preferência em pesquisar publicações recentes. Foram localizados vinte e sete artigos, sendo que destes onze atenderam às expectativas do tema.

Procurou-se apresentar a literatura pesquisada de forma consistente com o tipo de trabalho, o que auxiliou no estabelecimento de uma base para tentar responder as questões sobre o tema, para descobrir a frequência de ocorrência do tema, sua natureza, características, causas, relações e conexões com as demais áreas de pesquisa.

### **3.1 Caracterização do Município**

O Município de Carandaí localiza-se na Mesorregião: Campo das Vertentes, Microrregião de Barbacena, ocupando uma área de 486,2 km<sup>2</sup>, com altitude da sede de 1.057 m e uma temperatura média de 21°. Faz limites territoriais com os municípios de Caranaíba, Cristiano Ottoni, Casa Grande, Lagoa Dourada, Prados, Dolores de Campos, Barbacena, Ressaquinha, Senhora dos Remédios, Capela Nova e Barroso.

Conta com uma população residente de 24.594 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com data de referência 01 de julho de 2013. O índice de desenvolvimento humano do município (IDHM), informado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e publicado pelo IBGE (2013), no ano de 2010 foi de 0,697, mostrando um aumento de aproximadamente 23% se comparado ao ano de 2000.

Segundo o Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (BRASIL. MS, 2012), no ano de 2012 ocorreram 44 óbitos no Município, sendo 10 casos diagnosticados como doenças do aparelho circulatório, mostrando um aumento de aproximadamente 40% nos casos, se comparado ao ano anterior (2011).

Ainda relacionado ao atendimento da saúde da população, são 17 estabelecimentos de Saúde pública, com atendimento ambulatorial total, sendo um para Emergência e um para Internação com 43 leitos, que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme síntese das informações de 2009 do IBGE.

## **4 RESULTADO E ANÁLISE**

Segundo Mendes (1995) em 1945, Henry Sigerist, grande historiador da Medicina e da Saúde Pública, propôs as seguintes funções básicas da Medicina: (1) promover a saúde; (2) prevenir a doença; (3) recuperar o enfermo e (4) reabilitá-lo. É dele a primeira conceituação de promoção da saúde:

Promove-se a saúde proporcionando um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios de descanso e recreação. Para tanto são necessários esforços coordenados de grandes grupos, do homem de Estado, do trabalho e da indústria, do educador e do médico, que como um expert em saúde deve definir normas e fixar padrões. (p. 188).

Observou ainda que a promoção da saúde obviamente tende a prevenir as enfermidades, se bem que a prevenção eficaz requeira medidas especiais de proteção.

Atualmente, os profissionais da saúde tem a possibilidade de utilizar os referenciais oferecidos e disponibilizados por estudiosos, tratando-se de uma importante ferramenta que pode ser utilizada por todos, na busca de eventual relação entre as enfermidades. No caso da implementação de uma Unidade de Dor Torácica (UDT), devem-se elaborar protocolos de abordagem diagnóstica e de risco, objetivando estratificar os pacientes que realmente se beneficiarão de internação mais prolongada (MARTINS, 2013).

Segundo Martins (2013, p. 229) é necessário que o pronto-socorro esteja organizado de forma a priorizar o atendimento de pacientes com dor ou desconforto torácico, não descartando a síndrome coronariana aguda (SCA), sem esquecer das causas catastróficas e, portanto, o tratamento precoce dos pacientes com infarto agudo do miocárdio é medida salvadora de vidas e deve ser iniciado, quando indicado, em até 30 minutos a partir da chegada do paciente no hospital para trombólise química, e de 60 a 90 minutos para angioplastia primária. Com isso, “mesmo que os pacientes tenham contraindicações para receber o trombolítico ou não haja angioplastia, eles se beneficiarão de tratamento medicamentoso para isquemia”.

O quadro 1, a seguir, mostra as principais causas de dor torácica.

<b>Principais causas de dor torácica</b>	
<b>Cardíacas:</b>	<b>Isquêmica:</b> Síndromes coronarianas agudas;
	<b>Não isquêmica:</b> Pericardite; Valvular: estenose aórtica; Cardiomiopatia hipertrófica
<b>Pulmonares:</b>	Pneumotórax; Embolia pulmonar; Pneumonia; Pleurite; Hipertensão pulmonar

<b>Vasculares:</b>	Dissecação de aorta; Aneurisma de aorta
<b>Musculoesquelética:</b>	Lesões em costelas; Nervos sensitivos; Costocondrite; Fibromialgia; Síndromes radiculares; Dores musculares inespecíficas
<b>Gastresofágicas:</b>	Refluxo gastresofágico; Espasmo esofágico; Esofagite; Úlcera péptica/gastrite; Ruptura do esôfago
<b>Psiquiátricas:</b>	Transtornos do pânico e da ansiedade generalizada; Depressão; Transtornos somatoformes
<b>Abdome superior</b>	Pancreatite; Colecistite; Abscesso subfrênico

Fonte: Modificado de Martins (2013).

Segundo Martins (2013, p. 222) quando se ponderam as causas de dor ou desconforto torácico, considera-se, também, a etiologia das variáveis apresentadas no quadro acima.

O protocolo de atendimento sistematizado implantado no serviço de Pronto Socorro Municipal de Carandaí, MG, segue as orientações mostrada no fluxograma 1 abaixo:



Fonte: PFEFERMAN; FORLENZA, 2009, p. 858

Desta forma, o fluxo de atendimento inicia-se com a verificação pela equipe de enfermagem dos sinais e sintomas que caracterizam uma dor típica. Com os familiares ou acompanhantes, é feita a abertura de ficha de atendimento pela recepção. Constatado uma dor típica: classifica o paciente, dependendo da intensidade do quadro, como Nível 2 e encaminha-o para a UDT ou Sala de Emergência. Como Nível 3, também relacionado a intensidade do quadro, o paciente segue imediatamente para a Sala de Eletrocardiograma. O

ECG deve ser encaminhado para avaliação do médico supervisor da UTD; na ausência dele, o médico clínico que atende nível 3 e o nível 4, avalia este ECG imediatamente (PIEGAS *et al.* 2009).

De acordo com a avaliação médica, o enfermeiro da UTD cola o adesivo circular vermelho no canto superior direito da Prescrição Médica atual. Também é feita a coleta de amostras clínicas.

Caso seja solicitado Rx tórax, o setor de radiologia é informado da urgência do pedido. Se necessário o exame de Rx pode ser realizado no leito.

Se houver necessidade de transferência para uma UTI, o enfermeiro solicita o transporte do paciente para aquela unidade, dependendo da gravidade do paciente. Se não houver vaga na UTI, o paciente deve permanecer na UDT ou Sala de Emergência. Quando houver exame na sala da hemodinâmica, a solicitação de emergência para o protocolo deverá ser avaliada pelo médico responsável (socorrista) e o julgamento do caso e conduta a ser tomada frente as condições clínicas do paciente. Poderá ser aguardado a liberação da sala ou tratar com tromboembólico Endovenoso.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O atendimento adequado do paciente com dor torácica é uma das maiores preocupações dos responsáveis por serviços de emergência. O excesso de internações, bem como as perdas diagnósticas, geram consequências trágicas para o sistema de saúde, ou seja,



desperdício de recursos e perda de vidas. Cabe mencionar que de acordo com Martins (2013) os protocolos de atendimentos são criados para reduzir tanto internações desnecessárias como perdas diagnósticas em pacientes considerados de risco baixo a moderado.

Deve-se concordar com Nicolau e colaboradores (2014) quando mencionam que a dor torácica isquêmica não é um marcador confiável ou sensível de isquemia aguda miocárdica transitória. Episódios de redução primária do fluxo coronariano podem se associar a alterações variáveis e mínimas do ECG que precedem os sintomas de dor ou desconforto.

Desta forma, uma estratégia diagnóstica sistematizada, é indispensável no atendimento de pacientes com dor torácica objetivando-se obter uma alta acurácia diagnóstica, redução de custo e otimização da utilização dos leitos da unidade de atendimento.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R.D.; MARQUES, I.R. **Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência.** Rev Bras Enferm, Brasília, v. 60, n. 6, p. 676-80, nov./dez. 2007.

BASSAN, R. *et al.* **Dor Torácica na Sala de Emergência: A Importância de uma Abordagem Sistematizada.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Rio de Janeiro – RJ, v. 74, n. 1,

p. 13-21. 2000. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7401/74010003.pdf>>  
Acesso em: 22 mar. 2014.

BASSAN, R. **Unidades de Dor Torácica. Uma Forma Moderna de Manejo de Pacientes com Dor Torácica na Sala de Emergência.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Rio de Janeiro - RJ, v. 79, n. 2, p. 196-202. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n2/11080.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

BOCCHI, E.A. *et al.* **Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Brazilian Guidelines on Chronic Heart Failure.** Arq Bras Cardiol. v. 93, n. 1, Suppl 1, p. 3-70. 2009.

BRISTOW M.R.; LOWES B.D. **Management of Heart Failure** In: BONOW, R.O *et al.* Braunwald's Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9. ed. Saunders: Elsevier, 2013.

DUARTE, E. R.; PIMENTEL FILHO, P.; STEIN, A. T. **Dor torácica na emergência de um hospital geral.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v.51, n. 4, p. 248-254, out/dez. 2007.

FORTE, D.N.; NASSAR JUNIOR, A.P.; MARTINS, H.S. **Abordagem inicial do Paciente Grave.** In: MARTINS, M.A. *et al.*(edits) Clínica Médica. v. 2: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, emergências e terapia intensiva. Barueri, SP: Manole, 2009.

HUNT, S.A.; ABRAHAM, W.T.; CHIN, M.H.; FELDMAN, A.M. *et al.* **2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation.** J Am Coll Cardiol. v.53, n. 15, p. e1-e90. 2009.

LIMA, C.B.S, *et al.* **Impacto das Unidades de Dor Torácica na qualidade do atendimento das síndromes coronarianas agudas.** Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 111, n.5, set./out., 2001.

MARTINS, H.S. **Dor ou Desconforto Torácico.** In: MARTINS, H.S. *et al.* Emergências Clínicas: abordagem prática. 8.ed. Barueri, SP: Manole, 2013. p. 222-39.

MENDES R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.

NICOLAU, J.C. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007)** – Atualização 2013/2014. *Arquivos Bras. Cardiologia*. v. 102, n. 3, Supl. 1, Março, 2014.

PIEGAS, L.S.; FEITOSA, G.; MATTOS, L.A; *et al.* **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, supl.2, p. e179-e264, 2009.

PFEFERMAN, E.; FORLENZA, L.M.A. **Estrutura da Unidade de Dor Torácica**. *In: SERRANO JÚNIOR, C.V.; TIMERMAN, a.; STEFANINI, E. (edits.) Tratado de Cardiologia SOCESP*. 2.ed. Barueri, SP.: Manole, 2009. p. 844-60.

QUIRINO, D.D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. B. **Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante**. *Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre*, v. 31, n. 2, jun. 2010.

REMIGIO, A.; AZEVEDO, E. **Emergências hipertensivas**. *In: OLIVEIRA, A.R. et al. Manual da residência de medicina intensiva*. 4.ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

SCHWONKE, C.R.G.B. *et al.* **Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva**. *Rev Bras Enferm.*, v. 64, n. 1, p. 189-92. 2011.