



Várias patologias cursam com dor torácica e podem representar ameaça à vida em curto prazo. O diagnóstico correto e a intervenção precoces estão associados a um melhor prognóstico. A maioria dos casos, potencialmente graves, são por síndrome coronariana aguda (SCA) e o objetivo principal da avaliação do paciente com dor torácica é sua confirmação ou exclusão. Excluído SCA, deve-se afastar diagnósticos diferenciais para dor torácica antes de liberar o paciente.

I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Dor torácica (em qualquer localização) e/ou epigástrica referida, de quaisquer características, qualquer intensidade ou tempo de duração, em qualquer idade. Considera-se como equivalente anginoso: palpitação e síncope (sem etiologia definida). Em pacientes com idade ≥ 45 anos ou com fatores de risco deve-se considerar como equivalentes anginosos: dispneia, dor abdominal inespecífica, náuseas e vômitos desde que não exista um diagnóstico diferencial óbvio.

O primeiro objetivo é triar corretamente a população elegível ao protocolo: todos os pacientes com critérios citados na definição acima devem ter Eletrocardiograma (ECG) realizado em até 10 minutos e exames de sangue coletados com dosagem de Troponina T e avaliação médica imediata (caso exista um claro diagnóstico diferencial que não SCA, o médico tem autonomia para conduzir o caso de acordo com o diagnóstico mais provável, após a visualização do ECG). O segundo objetivo é identificação precoce de pacientes com SCA, cujo diagnóstico pode ser feito com, pelo menos um, dos critérios abaixo:

IAM com Supra ST:

- Supra ST ≥ 1 mm no ponto J em pelo menos 2 derivações consecutivas, ou;
- BRE agudo.

SCA sem Supra ST:

- Infra ST $\geq 0,5$ mm (sem diagnóstico diferencial óbvio);
- Sinal de Wellens;
- Inversão profunda de onda T ≥ 2 mm;
- Alteração dinâmica do segmento ST / onda T;
- Supradesnívelamento de ST em aVR associado ao infradesnívelamento difuso de ST;
- TV sustentada;
- Dor anginosa prolongada ao repouso, ou;
- Dor anginosa de início ao esforço em CCS III/IV, ou;
- Piora da angina prévia para CCS III/IV, ou;
- Dor semelhante à SCA prévia, ou;
- Manifestação de insuficiência cardíaca aguda: B3, sopro mitral novo, congestão esquerda, má perfusão periférica.

Situações Especiais (sinais eletrocardiográficos que podem representar oclusão coronariana total):

- Onda T hiperaguda
- Sinal de De Winter

Para pacientes que não se enquadram nos diagnósticos de SCA, o terceiro objetivo é a rápida identificação de pacientes com possibilidade de alta precoce (baixo risco), e o quarto objetivo é a avaliação correta de pacientes com moderado risco para síndrome coronariana. A avaliação é feita através do escore de risco abaixo e coleta de troponina e eventualmente com exames não invasivos, como angiotomografia de coronárias e ecocardiograma para os pacientes que não tiverem o diagnóstico confirmado ou descartado em um primeiro momento.

2. ESCORE DE RISCO

Para pacientes em que não se fez o diagnóstico precoce de SCA recomenda-se a utilização da ferramenta auxiliadora (escore de risco) HEART modificado, cuja pontuação é definida por:

História

- Dor tipo A e B, que não se enquadra no critério inicial (anginosa): 2 ponto;
- Dor tipo C (possivelmente anginosa): 1 ponto.
- Dor tipo D (não anginosa, pouco suspeita): 0 ponto.

(CONTINUAÇÃO)

ECG

- Possivelmente isquêmico: 2 pontos
 - Inversão de T que não preenche critérios diagnósticos de SCA;
 - Infra ST que não preenche critérios diagnósticos de SCA.
- Sugestivo de alteração cardíaca estrutural: 1 ponto
 - BRE antigo;
 - Onda Q antiga;
 - Sobrecarga atrial e/ou ventricular.
- Normal: 0 ponto

Idade

- ≥65 anos: 2 pontos;
- ≥45 anos e < 65 anos: 1 ponto;
- <45 anos: 0 ponto.

Fatores de risco

- Aterosclerose manifesta e/ou diabetes e/ou ≥ 3 fatores de risco: 2 pontos;
- 1 ou 2 fatores de risco: 1 ponto;
- Nenhum fator de risco: 0 ponto.

Fatores de risco a serem considerados:

- Aterosclerose manifesta;
- Diabetes mellitus;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Tabagismo;
- Dislipidemia;
- Antecedente familiar de doença cardiovascular precoce em parentes de primeiro grau.
 - Homens < 55 anos;
 - Mulheres < 65 anos
- Obesidade.

Heart I: Baixa probabilidade 0-3 pontos

Heart II: Intermediária probabilidade 4-6 pontos

Heart III: Alta probabilidade: ≥7 pontos e/ou (dor anginosa em crescente e/ou ECG francamente isquêmico e/ou troponina com critérios para IAMSST).

3. INVESTIGAÇÃO

- ECG realizado na chegada e repetido pelo menos uma vez em 30 minutos.
- Seriar Troponina Ultra Sensível na chegada (tempo 0) e em 1 hora; eventualmente repetir em 3 horas.
- Radiografia de tórax para diagnósticos diferenciais.
- Considerar a realização de Ecocardiograma point of care para identificação de disfunção segmentar em casos selecionados.

4. INDICAÇÃO INTERNAÇÃO - ALOCAÇÃO

- Paciente com diagnóstico de SCA com Supra ST deve imediatamente ser encaminhado para hemodinâmica para angioplastia primária (eventualmente terapia fibrinolítica) e após, para unidade coronariana (UCO) se estabilidade ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se instabilidade. Pacientes com SCA sem Supra ST seguem os mesmos critérios de alocação. Nas Unidades do SUS optamos por reperfusão farmacológica como estratégia inicial nos casos de SCA com Supra ST

5. FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM DOR TORÁCICA:

Os pacientes devem seguir o protocolo 0/1 hora, na maioria das unidades se utiliza a hs-cTnT(Elecsys, Roche). Caso alguma unidade utilize troponina de outro fornecedor, segue a baixo o racional para interpretação dos valores de troponina.

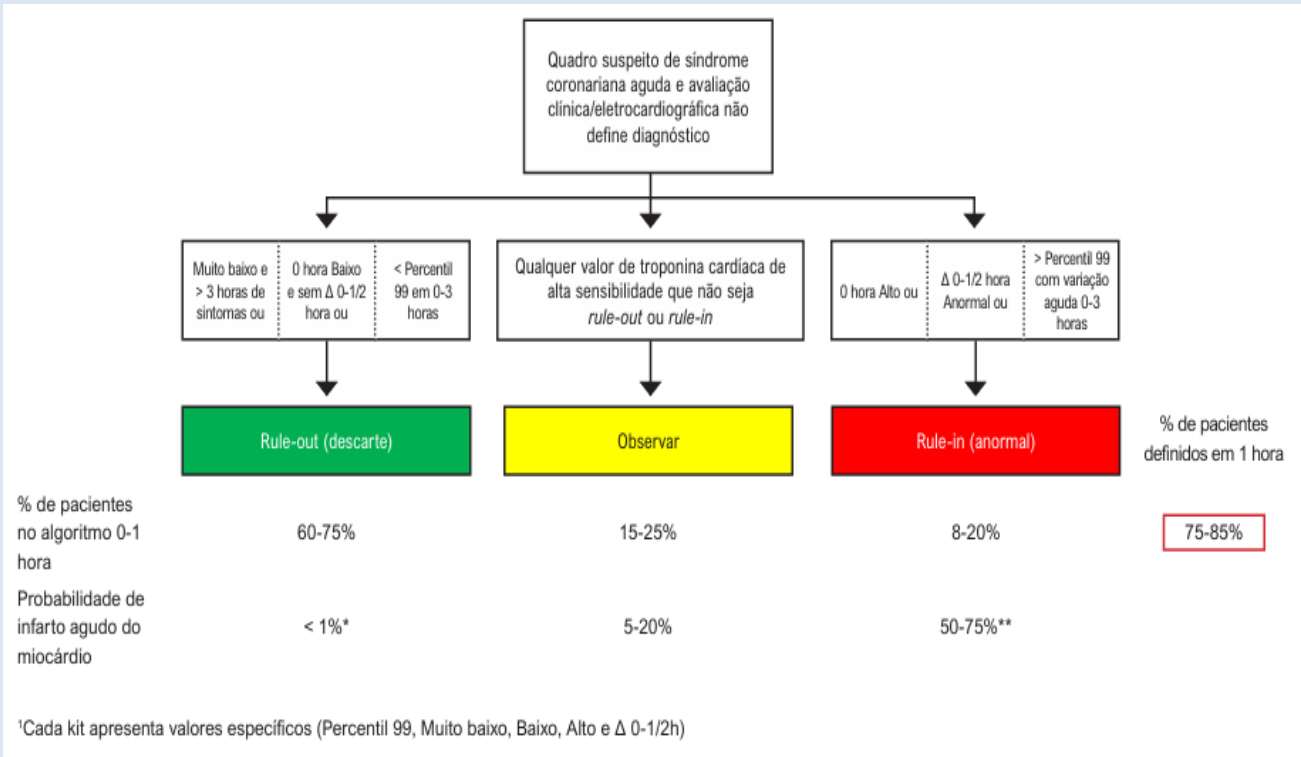


Imagem da Diretriz de Dor Torácica SBC 2025

Tabela 26 – Valores de troponina a serem utilizados no fluxograma de 0-1/2 hora, de acordo com o kit utilizado

Ensaio (kit)	Muito baixo	Baixo	Sem Δ 1h	Elevado	Δ 1h
hs-cTnT (Elecsys; Roche)	<5	<12	<3	≥52	≥5
hs-cTnl (Architect; Abbott)	<4	<5	<2	≥64	≥6
hs-cTnl (Centaur; Siemens)	<3	<6	<3	≥120	≥12
hs-cTnl (Access; Beckman Coulter)	<4	<5	<4	≥50	≥15
hs-cTnl (Clarity; Singulex)	<1	<2	<1	≥30	≥6
hs-cTnl (Vitros; Ortho-Clinical Diagnostics)	<1	<2	<1	≥40	≥4
hs-cTnl (Pathfast; LSI Medience)	<3	<4	<3	≥90	≥20
hs-cTnl (TriageTrue; Quidel)	<4	<5	<3	≥60	≥8
hs-cTnl (Dimension EXL; Siemens)	<9	<9	<5	≥160	≥100

Imagem da Diretriz de Dor Torácica SBC 2025

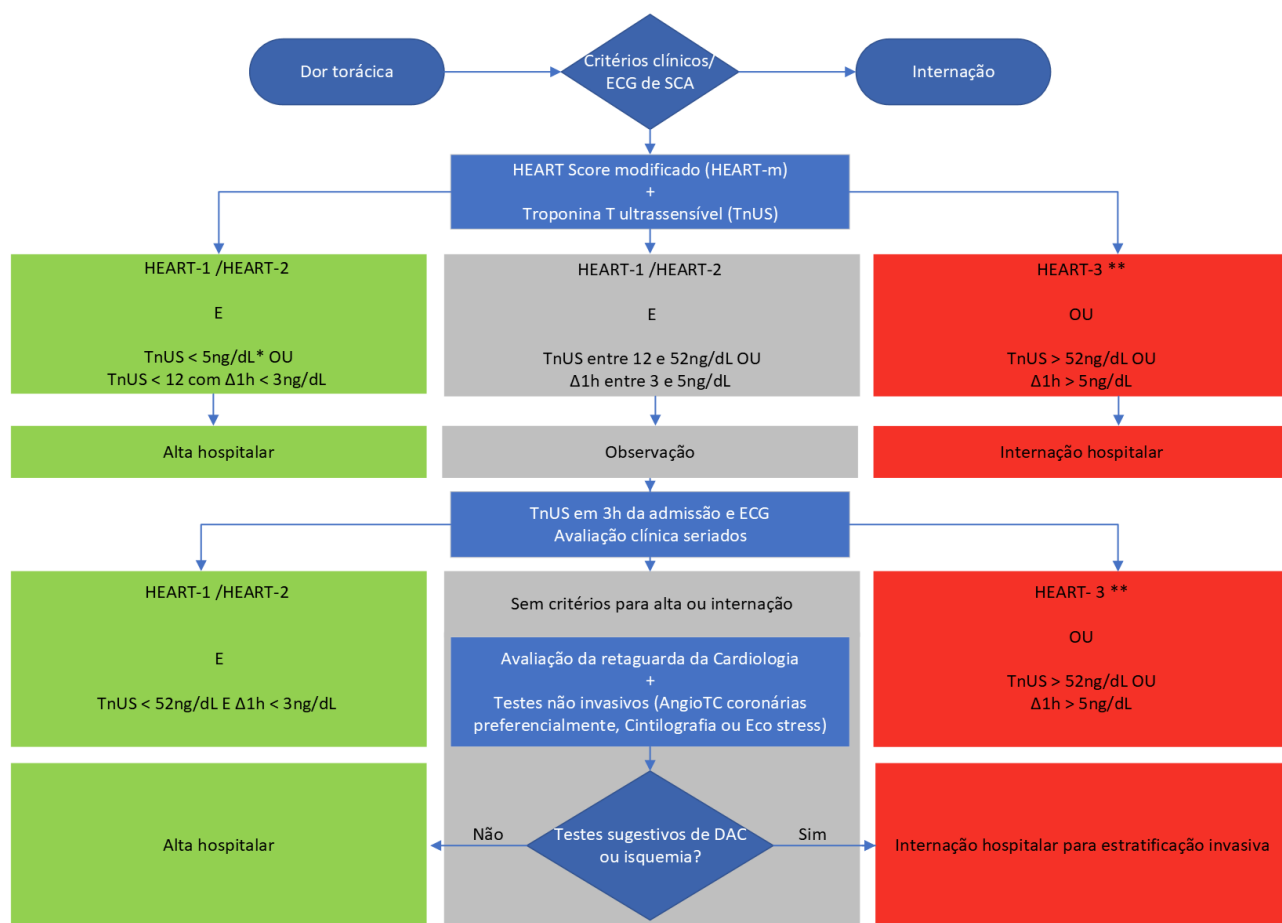
Conduta para pacientes em observação em UPAs que utilizam Troponina US Elecsys, Roche

Curva Troponina-t (0/1h) - Realizada na Unidade Morumbi			
Troponinas	Heart I	Heart II	Heart III
0h < 5 ng/L* (indetectável) Ou < 12 ng/L e $\Delta 1h \leq 3ng/L$	Alta hospitalar.	Alta hospitalar.	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.**
Observação	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.	Contato com titular/retaguarda. Considerar alta, ou coleta de us-cTnT 3hs ou estratificação não invasiva.
Positivo $\geq 52ng/L$ ou $\Delta 1h \geq 5ng/L$	Provável IAM SST Considerar tratamento imediato.	Provável IAM SST Considerar tratamento imediato.	Provável IAM SST Considerar tratamento imediato.

*Dor torácica iniciada há mais de 3 horas

** Considerar alta nos pacientes com US-cTnT < 12 ng/L e $\Delta 1h \leq 3$ ng/L sem DM e sem DAC do grupo Heart III

Fluxograma de atendimento em UPAs que utilizam Troponina US Elecsys, Roche



*Se HEART 1 e dor há mais de 3 horas

**HEART 3: Considerar alta nos pacientes com US-cTnT < 12 ng/L e $\Delta 1h \leq 3$ ng/L sem DM e sem DAC e Diagnóstico alternativo óbvio não ameaçador a vida

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo Porta-ECG: 10 minutos;
- Seriar ECG a cada 30 minutos e sempre que paciente recorrer dor;
- Dosagem de troponina seriada na chegada e em 1 hora (pelo menos);
- Não solicitar prova não invasiva (anatômica ou funcional) para pacientes com critérios de alta hospitalar;
- Identificação correta dos pacientes de muito alto risco pela história e ECG.

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Jan/2026: inclusão da estratificação laboratorial (troponina) e atualização da estratificação clínica nas unidades do IRS.

IV. Referências

[1] Barros e Silva PGM, et al. Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025. Arq Bras Cardiol. 2025; 122(9):e20250620

[2] Gulati, M, Levy, P. et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. JACC. 2021 Nov, 78 (22) e187–e285.

[3] Robert A Byrne, et al, ESC Scientific Document Group , 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal, Volume 44, Issue 38, 7 October 2023, Pages 3720–3826

Código Documento: CPTW247.4	Elaborador: Fabio Gruspun Pitta	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/09/2020 Data de revisão: 26/01/2026	Data de Aprovação: 27/01/2026
---------------------------------------	---	---	--	---	---