



PARECER Nº
PROCESSO Nº

8/2024/COREN-DF/PLEN/CTAS
00232.000454/2024-32

EMENTA: Competência do enfermeiro para prescrever, solicitar, realizar e interpretar, eletrocardiograma em pacientes com dor torácica nas unidades de saúde

DESCRITORES: Dor torácica; Eletrocardiograma; Infarto; IAM; Processo de enfermagem

1. DO FATO

1.1. Trata-se de solicitação do Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal quanto à competência do enfermeiro para prescrever, solicitar ou realizar eletrocardiograma (ECG) em pacientes com dor torácica nas unidades de saúde.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

2.1. A profissão de Enfermagem está regulamentada na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986¹, e pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987².

2.2. O art. 11, inciso I, define as ações privativas do enfermeiro e destaca, na alínea (c), como ação privativa do enfermeiro: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e, na alínea (m), prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica. O inciso II, alínea (f), descreve que, como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro participa da elaboração de medidas e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem. E o art. 12 define as atividades pertinentes ao técnico de enfermagem, destacando em seu parágrafo 2º: “executar ações assistenciais de enfermagem, exceto os privativos do enfermeiro” e o art. 15 estabelece que todas as atividades desenvolvidas pelo auxiliar e técnico de Enfermagem devem ser orientadas e supervisionadas pelo enfermeiro¹.

2.3. A Resolução Cofen nº 564/2017³, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dá destaque para responsabilidade e dever dos profissionais:

CAPÍTULO I – DOS DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

(...)

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

(...)

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

(...)

CAPÍTULO II – DOS DEVERES

(...)

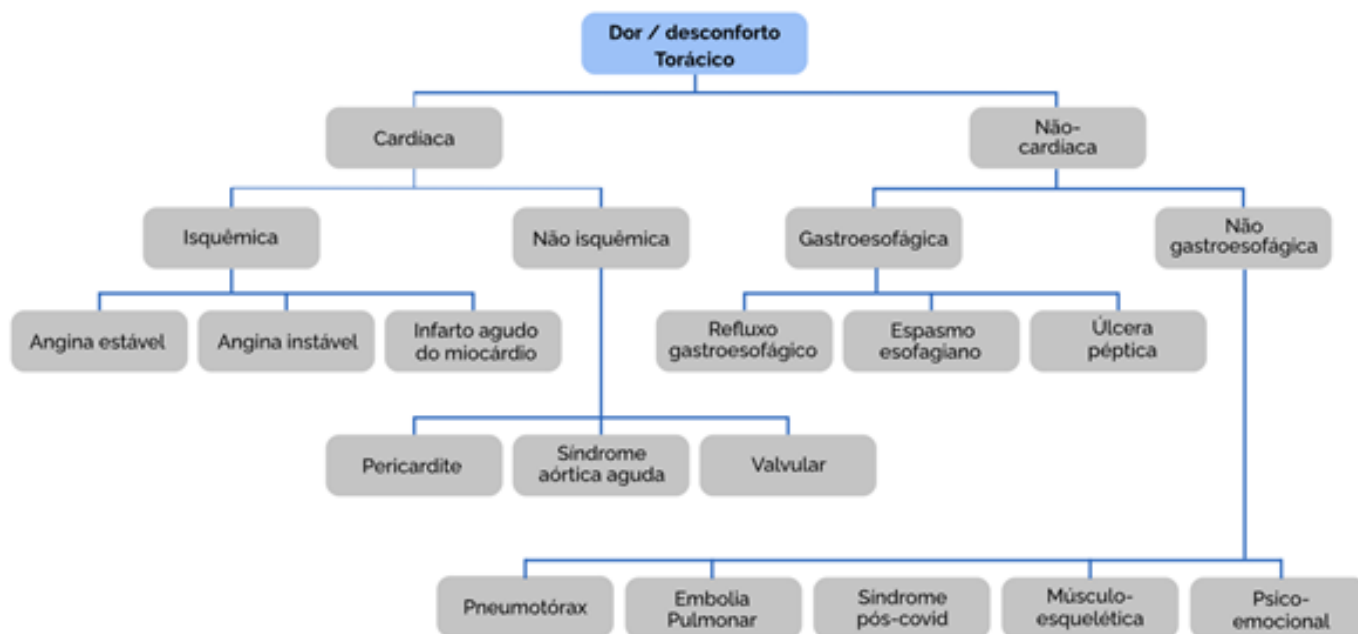
Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

2.4. Dor torácica e ECG

2.4.1. A dor torácica aguda é uma das causas mais frequentes de atendimento nas unidades de emergência (UE), correspondendo a mais de 5% das visitas em UE e até 10% das visitas não relacionadas a traumatismos⁴.

2.4.2. A variedade e a potencial gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor torácica fazem com que seja primordial um diagnóstico preciso e uma rápida intervenção quando em condições agudas, pois a diferenciação entre as doenças que oferecem risco de vida (dor torácica com potencial de fatalidade) é um ponto crítico na tomada de decisão da equipe de saúde⁵.

2.4.3. Principais doenças cardíacas e não cardíacas que se manifestam com dor/desconforto torácico⁵:



Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta1/dor-toracica/definicao/>

2.4.4. A dor torácica é o principal sintoma em um paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), representa quase 1/5 das causas de dor torácica nas salas de emergência e, por possuir uma significativa morbimortalidade, a abordagem inicial desses pacientes é sempre feita no sentido de confirmar ou afastar este diagnóstico, ou outra condição potencialmente fatal⁵. O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Em 2017, segundo o DATASUS, 7,06% (92.657 pacientes) do total de óbitos foram causados por IAM. O IAM representou 10,2% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo mais prevalente em pacientes com idade superior a 50 anos, em que representou 25% das internações⁶.

2.4.5. A principal característica fisiopatológica da SCA é a instabilidade da placa aterosclerótica, envolvendo erosão ou ruptura e subsequente formação de trombo oclusivo ou suboclusivo. Tal limitação de fluxo, no entanto, pode ocorrer por outros mecanismos como vasoespasmos, embolia ou dissecação coronariana. Outros fatores podem estar envolvidos na fisiopatologia da SCA por alterar a oferta e/ou o consumo de oxigênio miocárdico, tais como anemia, hipertensão, taquicardia, cardiomiopatia hipertrófica, estenose aórtica, entre outras causas⁴.

2.4.6. A dor torácica não traumática ou SCA apresenta os seguintes sinais e sintomas⁶:

- Dor prolongada, localizada nas regiões retroesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula ou membros superiores, principalmente o esquerdo;
- Características da dor: opressiva, “em aperto”, contínua, com duração de vários minutos, podendo ser acompanhada de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispneia, sensação de morte iminente, ansiedade; desencadeada por estresse emocional ou esforço físico, podendo também surgir em repouso, durante o sono ou durante exercício leve;
- ECG com alterações sugestivas (elevação do segmento ST, bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo, depressão do segmento ST ou inversão dinâmica de onda T);
- História anterior de angina e/ou IAM ou uso de medicamentos antianginosos.

2.4.7. A dor torácica é o principal sintoma em um paciente com SCA. O ECG de 12 derivações é a primeira ferramenta diagnóstica no manejo de pacientes com SCA suspeita. Idealmente, deve ser realizado e interpretado no

atendimento pré-hospitalar ou em até 10min após a admissão hospitalar. Os pacientes com suspeita de SCA devem ser prontamente avaliados quanto ao seu risco de complicações isquêmicas ou hemorrágicas. Os achados do ECG podem diferenciar os pacientes em dois grupos⁴:

- Síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento de ST: dor torácica aguda e supradesnivelamento persistente do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumidamente novo, condição geralmente relacionada com oclusão coronariana e necessidade de reperfusão imediata;
- Síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento de ST: dor torácica aguda sem supradesnivelamento persistente do seguimento ST, associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia do miocárdica de alguma natureza com amplo espectro de gravidade.

2.4.8. A acurácia diagnóstica de um ECG anormal aumenta quando se dispõe de um traçado de ECG prévio para comparação⁴.

2.5. Classificação de risco

2.5.1. A triagem hospitalar, com classificação de risco, quando realizada por enfermeiros habilitados, melhora a identificação de pacientes de maior risco, assim como reduz o tempo de realização do ECG. Deve ser baseada em uma breve história clínica, exame físico, ECG de 12 derivações em até 10min após chegada e mensuração de biomarcadores. Esta rotina de investigação visa principalmente a identificar precocemente o paciente de maior risco que necessita de internação hospitalar ou urgente transferência para serviço de hemodinâmica⁴.

2.5.2. Sendo assim, a participação ativa da enfermagem na triagem de pacientes com dor torácica é fundamental e deve ser estimulada, bem como a capacitação constante da equipe multidisciplinar na abordagem do paciente com dor torácica⁴.

2.5.3. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde à priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução⁷.

2.5.4. Conforme a resolução Cofen nº 661/2021, no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação e a priorização da assistência é privativa do enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. O enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o protocolo adotado na instituição⁸.

2.5.5. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação, sendo um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. O protocolo é uma ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências⁷.

2.5.6. Conforme a recomendação do Ministério da Saúde, pacientes com queixa de dor torácica ou com sinais e sintomas sugestivos de infarto agudo do miocárdio devem realizar um ECG em até 10 minutos a contar do início da triagem. O ECG deve ser avaliado imediatamente pelo médico e seu resultado incluído na Classificação de Risco do paciente⁵.

2.5.7. O acolhimento deve incluir as seguintes informações:

- Situação/Queixa/Duração;
- Classificação da dor em intensidade pela escala de 1 a 10 (escala visual analógica);
- Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de medicações;
- Verificação de sinais vitais;
- Verificação da glicemia e ECG.

2.5.8. A presença de supradesnivelamento de ST ou sinais de isquemia definem classificação de risco em emergência/urgência⁵.

2.5.9. Conforme o exposto, faz-se necessária a atualização dos protocolos de classificação de risco incluindo, nos fluxogramas, as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Ministério da Saúde para atendimento de pacientes com dor torácica.

2.5.10. Ressalta-se que, conforme o art. 126 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é proibido negar assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

2.5.11. Salienta-se ainda que o enfermeiro deve seguir as etapas do processo de enfermagem conforme a Resolução Cofen nº 736/2024⁹.

“Art. 1º O Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem (...)

Art. 4º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º Avaliação de Enfermagem—compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. (...)

§ 3ºPlanejamento de Enfermagem – (...)

III– Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais. (...)

§ 4º Implementação de Enfermagem –compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem (...)

I– Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II– Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – **Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.**

§ 5º Evolução de Enfermagem –compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem. (...)

2.6. Aspectos legais exarados em outros pareceres técnicos:

2.6.1. O Cofen se manifestou por meio do Parecer de Conselheira Federal nº 240/2021 que, tendo em vista que faz parte das atribuições do enfermeiro a consulta de Enfermagem sistematizada, o profissional pode solicitar exames de rotina e complementares, quando no exercício de suas atividades profissionais, bem como prescrever medicamentos estabelecidos em protocolos ministeriais e em rotina aprovada pela instituição de saúde, como integrante da equipe de saúde, além de encaminhar a outro profissional quando a necessidade da pessoa cuidada ultrapassar suas competências legais¹⁰.

2.6.2. O Coren-GO se manifestou por meio do parecer nº 046/CTAP/2019 que não há impedimentos para que o enfermeiro prescreva ECG, uma vez que ele é o responsável pelos cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomada de decisões imediatas, sendo estas atividades privativas do enfermeiro. O enfermeiro pode realizar o exame eletrocardiográfico, bem como solicitá-lo, desde que seja capacitado e siga as recomendações e respaldos de protocolos, a exemplo da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹¹.

2.6.3. O Coren-SP concluiu por meio da Orientação Fundamentada nº 025/2016 que o Enfermeiro pode solicitar o ECG, respaldado nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹².

2.6.4. O Coren-MS manifestou-se por meio do Parecer da Câmara Técnica nº 08/2016 que é favorável à possibilidade de solicitação do exame de ECG por profissional Enfermeiro nas urgências, desde que esteja devidamente respaldado em Protocolo Assistencial específico para este setor, Procedimento Operacional Padrão ou Nota Técnica e aprovada nas instâncias adequadas da instituição¹³.

2.6.5. O Coren-DF concluiu por meio do Parecer Técnico nº 32/2021 que a realização do exame do ECG não é privativa de nenhuma profissão e o técnico de enfermagem pode realizar o exame nos serviços de urgência e emergência, desde que devidamente capacitado para tal procedimento. É preciso que a unidade/serviço considere o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem com vistas à otimização dos recursos humanos nos Departamentos de Emergência. Ressalta-se que a instituição de saúde deve capacitar os profissionais envolvidos no procedimento e estabelecer protocolos de acordo com suas características e rotinas internas, podendo elaborar POP's (procedimentos operacionais padrão) que disciplinem a forma e a responsabilidade quanto a prescrição, realização e laudo do exame nos serviços de saúde, implementando, assim, a interdisciplinaridade¹⁴.

3. CONCLUSÃO

3.1. Observada a fundamentação deste parecer, a Câmara Técnica de Assistência ao Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal – Coren-DF conclui que:

3.1.1. O enfermeiro tem competência legal para prescrever, solicitar, realizar e interpretar, dentro dos limites da lei, o exame de ECG em pacientes com dor torácica nas unidades de saúde, desde que devidamente capacitado. Portanto, a instituição de saúde deve capacitar os profissionais envolvidos no procedimento e estabelecer protocolos de acordo com suas características e rotinas internas.

3.1.2. Em pacientes com dor torácica, o eletrocardiograma deve ser realizado em, no máximo, 10 minutos a contar do início da triagem, conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Ministério da Saúde vigentes, podendo o enfermeiro realizar o mesmo ou prescrever para outro membro da equipe de enfermagem executar, seguindo as etapas do processo de enfermagem.

3.1.3. É imprescindível que as unidades de saúde estabeleçam protocolos assistenciais para o atendimento de pacientes com dor torácica e que a equipe de enfermagem seja continuamente capacitada para a classificação do risco e para a execução do ECG, mas se enfatiza que, em situações de urgência e emergência, o profissional pode prescrever e realizar o ECG mesmo que a instituição não tenha estabelecido protocolos próprios.

É o parecer.

Elaborador por:

Dra. Ludmila da Silva Machado
Coren-DF nº 251.984-ENF
Membro CTAS/Coren-DF

CTAS/Coren-DF:

Dr. Igor Ribeiro Oliveira Coren-DF nº 391.833-EN Coordenador CTAS/Coren-DF	Dra. Polyanne Aparecida Alves Moita Vieira Coren-DF nº 163.738-ENF Secretária CTAS/Coren-DF	Dr. Fernando Carlos Da Silva Coren-DF nº 241.652-ENF Conselheiro Regional CTAS/Coren-DF	Dr. Hélio Marco Pereira Lopes Júnior Coren-DF nº 398.750-ENF Membro CTAS-Coren/DF
Dr. Lincoln Vitor Santos Coren-DF nº 147.165-ENF Membro CTAS/Coren-DF	Dr. Rinaldo de Souza Neves Coren-DF nº 54.747-ENF Colaborador CTAS/Coren-DF	Dra. Mayara Cândida Pereira Coren-DF nº 314.386-ENF Membro CTAS/Coren-DF	Dra. Sabrina Mendonça Marçal Alves Coren-DF nº 389.565-ENF Membro CTAS/Coren-DF

REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>.
2. Brasil. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm.
3. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST**. 2021, Arq Bras Cardiol. 2021; 117(1):181-264.
5. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado dor torácica**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
7. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Enfermagem. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco**. Brasília, 2021.
8. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 661/2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>

9. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 736/2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>
10. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Conselheira Federal nº 240/2021/COFEN**. Competência do profissional de Enfermagem na solicitação de exames e encaminhamento de pacientes a médicos.
11. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Parecer Técnico nº 046/CTAP/2019**. Prescrição de eletrocardiograma (ECG) por enfermeiro. Disponível em: <https://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Parecer-Prescricao-de-ECG-por-Enfermeiro.pdf>
12. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Orientação Fundamentada nº 025/2016**. Prescrição de ECG pelo Enfermeiro. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%2020025_1.pdf
13. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. **Parecer Técnico nº 08/2016 – Câmara Técnica de Assistência/COREN/MS**. Solicitação do exame de Eletrocardiograma (ECG) nas urgências por profissional Enfermeiro(a). Disponível em: <https://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Parecer-082016-eletrocardiograma.pdf>
14. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **Parecer técnico COREN-DF nº 32/2021**. Competência legal do Técnico em Enfermagem fazer eletrocardiograma em unidade de emergência. Disponível em: <https://coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2022/01/pt322021.pdf>



Documento assinado eletronicamente por **IGOR RIBEIRO DE OLIVEIRA - Coren-DF n 391.833-ENF, Coordenador(a) da Câmara Técnica**, em 05/04/2024, às 13:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **LUDMILA DA SILVA MACHADO, Colaborador(a)**, em 05/04/2024, às 13:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0254755** e o código CRC **76342512**.