

DOR TORÁCICA EM PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO E CARDIOPATIA ISQUÊMICA EM EMERGÊNCIA

CHEST PAIN IN PATIENTS WITH PANIC DISORDER AND ISCHEMIC HEART PATH IN EMERGENCY

DOLOR TORÁCICO EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PÁNICO Y TRAYECTO CARDÍACO ISQUÉMICO EN URGENCIA

Ana Isabel Benfati*, Taís Pagliuco Barbosa Gregorio**, Lúcia Marinilza Beccaria***

Resumo

Introdução: Dor torácica é um sintoma geralmente presente em ambientes de atendimento emergencial. **Objetivo:** Verificar as características da dor torácica derivada do transtorno de pânico e da cardiopatia isquêmica, se a equipe multiprofissional acredita que existe diferença entre os sinais e sintomas, se sabem o tratamento, encaminhamento e desfecho dos pacientes. **Método:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, delineamento descritivo analítico, com correlação entre as variáveis, realizado por meio de questionário com 77 profissionais de uma equipe multiprofissional do Pronto Atendimento da Emergência de um hospital de ensino, no ano de 2022. **Resultados:** Pacientes com queixa de dor torácica eram atendidos imediatamente seguindo protocolo específico, que envolve repouso absoluto, medicação, oxigenoterapia, eletrocardiograma, monitorização cardíaca e exames laboratoriais. A maioria dos profissionais relatou que existe diferença entre os sinais e sintomas da dor decorrente de pânico e da cardiopatia isquêmica, mas destacou que há pontos comuns, e o conjunto de sintomas físicos e psicológicos confunde a equipe e dificulta o diagnóstico. A maioria conhecia o fluxo, encaminhamento e tratamento dos pacientes coronariopatas, mas não sabiam o tratamento e encaminhamento para aqueles com transtorno do pânico, pois recebiam alta hospitalar da emergência para casa, sem avaliação de um especialista e sem orientações sobre o problema. Destacaram que a comunicação efetiva auxilia na detecção tanto de problemas físicos, como de sofrimentos emocionais, sendo crucial para o tratamento e a assistência. **Conclusão:** Os participantes do estudo demonstraram conhecimento e preparo para atender as condições da dor torácica dos pacientes, independente da origem, acreditam que há diferença na apresentação da dor, relacionada a irradiação para braço e pescoço, mas se confundem, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento, especialmente quando é pânico. O serviço e a equipe carecem de profissionais especializados em saúde mental e psiquiatria para tratamento e encaminhamento adequado dos acometidos pelo transtorno de pânico.

Palavras-chave: Dor torácica. Transtorno do pânico. Cardiopatia isquêmica. Equipe multiprofissional.

Abstract

Introduction: Chest pain is a symptom generally present in emergency care environments. **Objective:** To verify the characteristics of chest pain resulting from panic disorder and ischemic heart disease, whether the multidisciplinary team believes that there is a difference between signs and symptoms, whether they know the treatment, referral and outcome of patients. **Method:** Cross-sectional study, with a quantitative approach, analytical descriptive design, with correlation between variables, carried out through a questionnaire with 77 professionals from a multidisciplinary team from the Emergency Department of a teaching hospital, in the year 2022. **Results:** Patients with complaints of chest pain were treated immediately following a specific protocol, which involves absolute rest, medication, oxygen therapy, electrocardiogram, cardiac monitoring and laboratory tests. Most professionals reported that there is a difference between the signs and symptoms of pain resulting from panic and ischemic heart disease, but highlighted that there are common points, and the set of physical and psychological symptoms confuses the team and makes diagnosis difficult. The majority knew the flow, referral and treatment of patients with coronary artery disease, but they did not know the treatment and referral for those with panic disorder, as they were discharged from the emergency room to home, without evaluation by a specialist and without guidance on the problem. They highlighted that effective communication helps to detect both physical problems and emotional suffering, being crucial for treatment and assistance. **Conclusion:** The study participants demonstrated knowledge and preparation to deal with the conditions of patients' chest pain, regardless of the origin, they believe that there is a difference in the presentation of pain, related to irradiation to the arm and neck, but it is confused, which makes diagnosis difficult and treatment, especially when it is panic. The service and team lack professionals specialized in mental health and psychiatry for treatment and appropriate referral of those affected by panic disorder.

Keywords: Chest pain. Panic disorder. Ischemic heart disease. Multidisciplinary team.

*Enfermeira pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP.

** Enfermeira, pós-graduada em Enfermagem Cardiológica e Hemodinâmica pela FAMERP. Enfermeira Clínica Nivista do Hospital de Base, São José do Rio Preto-SP. Mestre em Enfermagem pela FAMERP. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Docente de Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato para correspondência: tais.pagliuco@hotmail.com

***Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Londrina. Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (USC-Bauru), Especialização em Unidade de Terapia Intensiva (São Camilo-Rio de Janeiro), Mestrado em Enfermagem pela EERP-USP e Doutorado em Enfermagem pela EERP USP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP.

Resumen

Introducción: El dolor torácico es un síntoma generalmente presente en ambientes de atención de emergencia. **Objetivo:** Verificar las características del dolor torácico derivado del trastorno de pánico y de la cardiopatia isquémica, si el equipo multidisciplinario cree que existe diferencia entre signos y síntomas, si conoce el tratamiento, derivación y evolución de los pacientes. **Método:** Estudio transversal, con enfoque cuantitativo, diseño analítico descriptivo, con correlación entre variables, realizado a través de un cuestionario a 77 profesionales de un equipo multidisciplinario del Servicio de Emergencia de un hospital universitario, en el año 2022. **Resultados:** Los pacientes con quejas de dolor torácico fueron tratados inmediatamente siguiendo un protocolo específico, que incluye reposo absoluto, medicación, oxigenoterapia, electrocardiograma, monitorización cardíaca y pruebas de laboratorio. La mayoría de los profesionales informaron que existe diferencia entre los signos y síntomas del dolor por pánico y la cardiopatia isquémica, pero resaltaron que hay puntos en común, y el conjunto de síntomas físicos y psicológicos confunde al equipo y dificulta el diagnóstico. La mayoría conocía el flujo, derivación y tratamiento de los pacientes con enfermedad coronaria, pero desconocía el tratamiento y derivación de aquellos con trastorno de pánico, ya que eran dados de alta de urgencia a su domicilio, sin evaluación de un especialista y sin orientación sobre el problema. Destacaron que la comunicación efectiva ayuda a detectar tanto problemas físicos como sufrimiento emocional, siendo crucial para el tratamiento y asistencia. **Conclusión:** Los participantes del estudio demostraron conocimiento y preparación para afrontar las condiciones de dolor torácico de los pacientes, independientemente del origen, creen que existe diferencia en la presentación del dolor, relacionado con la irradiación al brazo y cuello, pero obtienen confuso, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento, especialmente cuando se trata de pánico. El servicio y el equipo carecen de profesionales especializados en salud mental y psiquiatría para el tratamiento y derivación adecuada de los afectados por el trastorno de pánico.

Palabras clave: Dolor torácico. Trastorno de pánico. Cardiopatia isquémica. Equipo multidisciplinario.

INTRODUÇÃO

O objetivo inicial do atendimento a pessoas com dor torácica é destacar uma cardiopatia isquêmica (Síndrome Coronariana Aguda - SCA), sem esquecer outras causas que podem colocar em risco o quadro clínico do paciente, tais como: embolia pulmonar, pneumotórax, pericardite etc. Quanto mais precoce for diagnosticado, melhor será o prognóstico e a qualidade de vida para os pacientes, entretanto, estabelecer um diagnóstico exato as vezes não é fácil, visto que a dor torácica representa uma gama de diagnósticos diferenciais^{1,2}.

Os serviços de emergência atendem a uma elevada quantidade de usuários com agravos em saúde não urgentes e outros que necessitam de intervenções emergenciais, com risco de morte. Assim, é necessário um equilíbrio de recursos e insumos direcionados de maneira eficaz aos que precisam de intervenções imediatas. As estratégias utilizadas para identificar e estratificar os cuidados em saúde envolvem o acolhimento, triagem e classificação de riscos dos usuários a partir dos sinais e sintomas relatados³. A dor torácica é um dos principais motivos que levam os indivíduos a buscarem por atendimento médico em serviços de urgência e emergência. Trata-se de um sintoma que pode indicar inúmeras doenças. Logo, a partir do relato de dor torácica, deve ocorrer uma rápida triagem do paciente para diferenciar os cinco principais fatores que originam a mesma, como problemas

musculoesqueléticos, gastrointestinais, cardíacos, psiquiátricos e pulmonares^{2,4}.

No cotidiano hospitalar, os profissionais de saúde se deparam com pessoas que apresentam dor torácica em emergência não relacionada à cardiopatia isquêmica. Um exemplo é o Transtorno do Pânico (TP) ou Síndrome do Pânico, caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade, com sintomas intensos, que se assemelham a uma cardiopatia. As pessoas com este transtorno acreditam que possuem um problema físico, e não psiquiátrico ou psicológico. Logo, fica evidente que certas sintomatologias podem ser confundidas com outras doenças. E vale ressaltar que qualquer pessoa pode sofrer um ataque de pânico no decorrer da vida, mas apenas os que possuem ataques frequentes são diagnosticadas com TP⁵⁻⁷.

Os ataques de pânico costumam ser seguidos de ansiedade antecipatória, ou seja, receio de sofrer uma nova crise e/ou apreensão persistente sobre consequências dos ataques. É frequente a presença da agorafobia, a qual tipifica-se por medo e evitação de lugares ou situações em que é difícil se esquivar ou obter ajuda, caso ocorra um novo ataque. Além disso, durante a crise de pânico, as sensações físicas são interpretadas como perigo, risco de morte, de enlouquecer, ou apresentar patologia que leve à morte, e tais impressões aumentam a produção e liberação hormonal de adrenalina pelo corpo, o que intensifica os sintomas. Também, aproximadamente 43% dos

pacientes com TP possuem seu primeiro atendimento na unidade de emergência, e deste número, 15% chegam em ambulâncias⁷⁻⁹.

Segundo resultados do estudo Global de Carga de Doenças (GBD) 2015, foi apontado que os transtornos mentais (TM) são responsáveis por alta demanda em todo o mundo, visto que são a terceira causa de carga de doença no Brasil, atrás somente das enfermidades cardiovasculares e dos cânceres, e que tais transtornos contribuem significativamente para a perda de saúde de indivíduos em todas as idades. A metodologia de estudo do GBD, ao abordar tanto a mortalidade, quanto a incapacidade, conferiu maior evidência aos TM, em especial os transtornos depressivos e de ansiedade como a síndrome do pânico, destacando-os como um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tornando essenciais os avanços nas investigações de suas prevalências e de seus riscos associados¹⁰.

Nesse contexto, sabe-se que seis dos treze sintomas dos critérios diagnósticos do TP são percebidos frequentemente em doenças do coração, como dor torácica, palpitações, sudorese, sensação de asfixia, sufocação e ondas de calor. A pessoa que apresenta ataques de pânico, muitas vezes, acredita estar acometido por uma enfermidade orgânica grave, como infarto agudo do miocárdio e o primeiro atendimento geralmente é realizado em unidades de emergências cardiológicas. Destaca-se que pessoas com TP utilizam os serviços de emergência com maior frequência devido ao maior grau de sofrimento e incapacitação que este quadro ocasiona, gerando alto custo de assistência médica^{11,12}.

Quanto à cardiopatia isquêmica, os principais sinais e sintomas prevalentes são: fadiga; dispneia; alterações do padrão respiratório; dor precordial ou angina, com irradiação para os membros superiores, mandíbula, dorso ou epigástrico; edema; náuseas; alterações gastrointestinais; alterações na frequência cardíaca; alterações psíquicas; ansiedade e alterações do sono; antecedentes de saúde; aversão à comida; alterações do peso, entre outros indicadores clínicos menos frequentes. Ainda é caracterizada pelo sinal de Levine, em que o paciente coloca sua mão espalmada sobre o centro do tórax^{13,14}.

A dor torácica é um sintoma comum na prática médica e apresenta-se como uma das principais manifestações da cardiopatia isquêmica e do transtorno do pânico. Assim, um estudo realizado no Canadá observou pacientes atendidos em serviços de emergência com sintomas de dor torácica e avaliados por meio de teste ergométrico ou arteriografia coronariana, com entrevista psiquiátrica prévia à cardiológica, e mostrou que dos 1.364 pacientes com dor torácica, 411 apresentavam TP sendo que, entre eles, 306 não possuíam diagnóstico de cardiopatia isquêmica. Em contrapartida, de 1.364, apenas 248 apresentavam cardiopatia isquêmica sem TP. Logo, dentre aqueles que entraram no serviço de emergência com dor torácica, 30,1% apresentavam TP e destes 22,4% tinham TP sem cardiopatia isquêmica. Ao analisar apenas os que manifestavam TP, 74,4% não apresentavam problemas cardiológicos. Embora a proporção de pacientes com TP sem cardiopatia isquêmica tenha sido significativa, é relevante o achado de que aproximadamente 26% com TP tinham problemas cardíacos¹⁵.

Na prática assistencial em emergência, a semelhança na apresentação e sintomatologia da enfermidade pode aparecer a partir de diferentes configurações: pacientes apresentando unicamente um ataque de pânico, pacientes apresentando um quadro cardiológico que podem manifestar algum medo (resposta natural), ou pacientes com uma sobreposição de diagnósticos, em que há uma estreita vinculação do sofrimento emocional ao adoecimento orgânico. Desse modo, conhecer como estes casos se apresentam e instrumentalizar-se para cuidar das demandas favorece o diagnóstico e intervenções precoces, diminuindo as possibilidades de agravamento e potencializando a recuperação física ou psíquica dos pacientes^{16,17}.

Diante disso, objetivou-se verificar as características da dor torácica derivada do transtorno do pânico e da cardiopatia isquêmica, se a equipe multiprofissional acredita que existe diferença entre os sinais e sintomas, se sabem o tratamento, encaminhamento e desfecho dos pacientes.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, delineamento descritivo

analítico, com correlação entre as variáveis, realizado com instrumento próprio de coleta de dados, no ano de 2022.

O estudo foi realizado no sistema público do serviço de Pronto Atendimento da Emergência de um hospital de ensino, localizado no extremo da região noroeste do estado de São Paulo.

A amostra da pesquisa envolveu a equipe multiprofissional do serviço de Pronto Atendimento da Emergência, constituída por uma equipe fixa de 12 médicos, 9 enfermeiros, 40 técnicos de enfermagem, 2 fisioterapeutas, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais e 1 fonoaudiólogo. Alguns profissionais que responderam a pesquisa constituíram equipes que se revezavam para atender as demandas do serviço, em dias e plantões específicos. A amostra dos 77 que aceitaram participar da pesquisa incluía 11 médicos, 12 enfermeiros, 44 técnicos de enfermagem, 5 fisioterapeutas, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais e 1 fonoaudiólogo.

Foram incluídos os profissionais da equipe multiprofissional que atuavam na emergência que aceitaram participar da pesquisa, em todos os turnos de trabalho (Manhã/Tarde/Noite) e assinaram o termo de consentimento e, excluídos aqueles que não aceitaram e que estavam de férias ou licença no período da coleta de dados.

Foi elaborado um questionário piloto, com 14 perguntas, em que oito perguntas eram do tipo múltipla escolha e seis do tipo dissertativas, baseado na Literatura sobre o tema e de acordo com a experiência na prática assistencial em Emergência. As questões dissertativas foram elaboradas para complementar as questões do tipo múltipla escolha. Este instrumento foi submetido à validação do tipo fase e conteúdo, realizada por cinco profissionais com experiência em emergência, que serviram de juízes.

As variáveis sociodemográficas, de caracterização do profissional, analisadas foram: idade, sexo, formação profissional, tempo de formação, tempo de atuação na profissão, tempo de atuação na emergência, turno de trabalho e especialização. Além das 14 questões que avaliaram o conhecimento da equipe multiprofissional acerca da temática, para melhor compreensão do estudo, averiguou-se sintomas relacionados à cardiopatia isquêmica (angina ou infarto

do miocárdio), sintomas relacionados ao transtorno do pânico (problema emocional ou psiquiátrico), a diferenciação da dor torácica decorrente do transtorno do pânico e da cardiopatia isquêmica, os sinais que diferenciam essa dor, o encaminhamento de pacientes com transtorno do pânico e cardiopatias, a opinião dos profissionais sobre a necessidade de uma comunicação efetiva na detecção tanto de transtornos psicológicos como de cardiopatia isquêmica, e avaliação do serviço de emergência em relação ao atendimento de pacientes que sofrem de transtorno do pânico.

De maneira descritiva, para a análise dos dados, foi traçado o perfil da amostra, contemplando as variáveis estudadas e seus desdobramentos. No âmbito inferencial, para análise de independência e predição entre as variáveis propostas no estudo, utilizou-se, dentro dos padrões esperados, o teste Kruskal-Wallis. Visto que, os resultados de independência entre as variáveis propostas, se deram através de análise entre os valores de P com nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$), sendo uma métrica considerada científica. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 4768576.

RESULTADOS

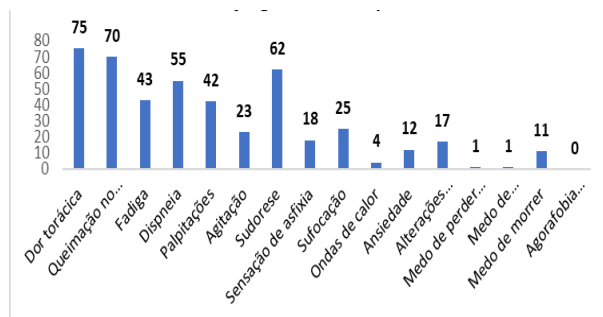
A amostra foi constituída de 77 participantes; 57 do sexo feminino e 20 do masculino, com média de idade de 33,99 anos, entre 21 e 56 anos. A respeito da formação profissional, têm-se 11 médicos (14,29%), 12 enfermeiros (15,58%), 44 técnicos de enfermagem (57,14%), 5 fisioterapeutas (6,49%), 2 psicólogos (2,60%), 2 assistentes sociais (2,60%) e 1 fonoaudiólogo (1,30%). Do tempo de formação, há cinco formados em menos de 1 ano (6,49%), 20 profissionais formados de 1 a 4 anos (25,97%), 22 profissionais de 5 a 10 anos (28,57%), 13 profissionais de 11 a 15 anos (16,88%), 17 profissionais de 16 anos ou mais de formação (22,08%).

Em relação ao tempo de atuação na profissão, em meses, a média foi de 110,82 meses, com o mínimo de dois meses e o máximo de 396 meses de atuação. O tempo de atuação na emergência, em meses, possui uma média de 81,69 meses, com o mínimo de dois meses e o máximo de 396 meses de atuação no setor. Quanto à especialidade, o número de profissionais sem

especialização é 51 (66,23%), especialistas correspondem a 22 (28,57%), especialistas e mestres a 2 profissionais (2,60%), especialistas, mestres e doutores a 2 profissionais (2,60%).

Estão descritos no Gráfico 1 os sintomas de cardiopatia isquêmica apontados pelos profissionais.

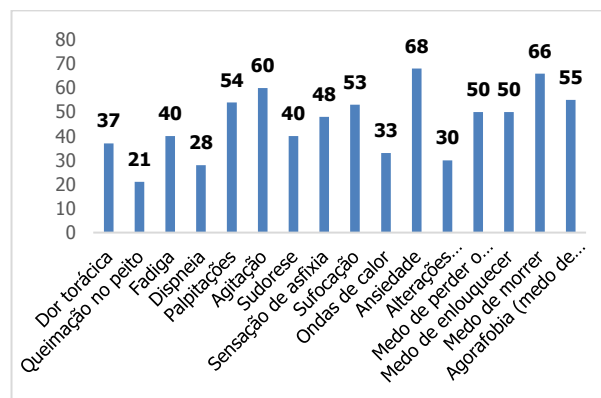
Gráfico 1 - Sintomas relacionados à cardiopatia isquêmica apontados pelos profissionais.



Fonte: dados da pesquisa.

Os sintomas relacionados ao transtorno do pânico apontados pelos profissionais, estão descritos no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Sintomas relacionados ao transtorno do pânico apontados pelos profissionais



Fonte: dados da pesquisa.

Acerca da formação profissional, variável cruzada com as questões demonstrou que, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, as variáveis não possuem tendência estatística de significância. Ou seja, o resultado de uma não influencia no resultado da outra em uma possível variação, de acordo com o valor (p) apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Formação profissional, variáveis cruzadas e valor de p (n=77)

TABELA 1	FORMAÇÃO PROFISSIONAL														Valor P
	Assistente Social		Enfermagem		Fisioterapia		Fonoaudiologia		Medicina		Psicologia		Técnico em Enfermagem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Informações	2	2,60	12	15,58	5	6,49	1	1,30	11	14,29	2	2,60	44	57,14	
3. Você acredita que a dor torácica decorrente do transtorno do pânico é diferente da dor torácica da cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?															
Não	1	50,00	6	50,00	0	0,00	0	0,00	2	18,18	2	100,00	17	38,64	0,143
Sim	1	50,00	6	50,00	5	100,00	1	100,00	9	81,82	0	0,00	27	61,36	
5. Você sabe qual é o encaminhamento de um paciente com transtorno do pânico?															
Não	1	50,00	8	66,67	3	60,00	0	0,00	2	18,18	0	0,00	29	65,91	0,052
Sim	1	50,00	4	33,33	2	40,00	1	100,00	9	81,82	2	100,00	15	34,09	
7. Você sabe qual é o encaminhamento adequado para um paciente com cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?															
Não	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	20,45	0,245
Sim	2	100,00	12	100,00	5	100,00	1	100,00	11	100,00	2	100,00	35	79,55	
9. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de transtornos psicológicos?															
Não	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,82	0,879
Sim	2	100,00	12	100,00	5	100,00	1	100,00	11	100,00	2	100,00	41	93,18	
11. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?															
Não	0	0,00	1	8,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	22,73	0,550
Sim	2	100,00	11	91,67	5	100,00	1	100,00	11	100,00	2	100,00	34	77,27	
13. Você acredita que o paciente com Transtorno do pânico, que dá entrada no serviço de Emergência, possui um atendimento adequado segundo sua patologia?															
Não	2	100,00	7	58,33	1	20,00	1	100,00	9	81,82	2	100,00	24	54,55	0,180
Sim	0	0,00	5	41,67	4	80,00	0	0,00	2	18,18	0	0,00	20	45,45	

Fonte: dados da pesquisa.

Vale destacar que, em relação ao encaminhamento de um paciente com transtorno do pânico, observa-se que há uma tendência, onde a maioria profissionais da enfermagem, da fisioterapia e técnicos em enfermagem, atuantes no serviço, não conheciam o encaminhamento adequado, porém essa conclusão não pode ser afirmada cientificamente, devido a significância $p > 0,050$. (Tabela 1)

Em relação ao tempo de formação, variável cruzada com as questões, foi demonstrado que, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, as variáveis não possuem tendência estatística de significância. Ou seja, o resultado de uma não influencia no resultado da outra em uma possível variação, de acordo com o valor (p) apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 -Tempo de formação, variáveis cruzadas e valor de p (n=77)

TABELA 2		TEMPO DE FORMAÇÃO										Valor P
		Até 1 ano		1 a 4 anos		5 a 10 anos		11 a 15 anos		16 anos ou mais		
Informações	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
		5	6,49	20	25,97	22	28,57	13	16,88	17		22,08
3. Você acredita que a dor torácica decorrente do transtorno do pânico é diferente da dor torácica da cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?												
Não	2	40,00	10	50,00	9	40,91	5	38,46	2	11,76	0,183	
Sim	3	60,00	10	50,00	13	59,09	8	61,54	15	88,24		
5. Você sabe qual é o encaminhamento de um paciente com transtorno do pânico?												
Não	2	40,00	13	65,00	15	68,18	7	53,85	6	35,29	0,267	
Sim	3	60,00	7	35,00	7	31,82	6	46,15	11	64,71		
7. Você sabe qual é o encaminhamento adequado para um paciente com cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?												
Não	0	0,00	4	20,00	4	18,18	0	0,00	1	5,88	0,275	
Sim	5	100,00	16	80,00	18	81,82	13	100,00	16	94,12		
9. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de transtornos psicológicos?												
Não	0	0,00	0	0,00	1	4,55	1	7,69	1	5,88	0,791	
Sim	5	100,00	20	100,00	21	95,45	12	92,31	16	94,12		
11. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?												
Não	0	0,00	3	15,00	5	22,73	3	23,08	0	0,00	0,281	
Sim	5	100,00	17	85,00	17	77,27	10	76,92	17	100,00		
13. Você acredita que o paciente com Transtorno do pânico, que dá entrada no serviço de Emergência, possui um atendimento adequado segundo sua patologia?												
Não	3	60,00	12	60,00	11	50,00	8	61,54	12	70,59	0,654	
Sim	2	40,00	8	40,00	11	50,00	5	38,46	5	29,41		

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao tempo de atuação na profissão, variável cruzada com as questões, demonstrou que, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, as variáveis também não possuem tendência estatística de

significância. Ou seja, o resultado de uma não influencia no resultado da outra em uma possível variação, de acordo com o valor (p) apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 –Tempo de atuação na profissão (em meses), variáveis cruzadas e valor de p (n=77)

TABELA 3	TEMPO DE ATUAÇÃO NA PROFISSÃO (MESES)										Valor P
	Até 24 meses		25 a 48 meses		49 a 72 meses		73 a 96 meses		> 96 meses		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Informações	16	20,78	9	11,69	13	16,88	6	7,79	33	42,86	
3. Você acredita que a dor torácica decorrente do transtorno do pânico é diferente da dor torácica da cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?											
Não	8	50,00	4	44,44	5	38,46	3	50,00	8	24,24	0,643
Sim	8	50,00	5	55,56	8	61,54	3	50,00	25	75,76	
5. Você sabe qual é o encaminhamento de um paciente com transtorno do pânico?											
Não	11	68,75	3	33,33	8	61,54	5	83,33	16	48,48	0,398
Sim	5	31,25	6	66,67	5	38,46	1	16,67	17	51,52	
7. Você sabe qual é o encaminhamento adequado para um paciente com cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?											
Não	3	18,75	1	11,11	3	23,08	0	0,00	2	6,06	0,815
Sim	13	81,25	8	88,89	10	76,92	6	100,00	31	93,94	
9. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de transtornos psicológicos?											
Não	0	0,00	0	0,00	1	7,69	0	0,00	2	6,06	0,228
Sim	16	100,00	9	100,00	12	92,31	6	100,00	31	93,94	
11. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?											
Não	1	6,25	2	22,22	3	23,08	2	33,33	3	9,09	0,706
Sim	15	93,75	7	77,78	10	76,92	4	66,67	30	90,91	
13. Você acredita que o paciente com Transtorno do pânico, que dá entrada no serviço de Emergência, possui um atendimento adequado segundo sua patologia?											
Não	9	56,25	6	66,67	7	53,85	4	66,67	20	60,61	0,506
Sim	7	43,75	3	33,33	6	46,15	2	33,33	13	39,39	

Fonte: dados da pesquisa.

No tocante ao tempo de atuação na emergência, variável cruzada com as questões, demonstrou que, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, as variáveis não possuem tendência

estatística de significância. Ou seja, o resultado de uma não influencia no resultado da outra em uma possível variação, de acordo com o valor (p) apresentado na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4 - tempo de atuação na Emergência (em meses), variáveis cruzadas e valor de p (n=77)

TABELA 4	TEMPO DE ATUAÇÃO NA EMERGÊNCIA (MESES)										
	Até 24 meses		25 a 48 meses		49 a 72 meses		73 a 96 meses		> 96 meses		Valor P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Informações	31	40,26	10	12,99	6	7,79	3	3,90	27	35,06	
3. Você acredita que a dor torácica decorrente do transtorno do pânico é diferente da dor torácica da cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?											
Não	14	45,16	3	30,00	3	50,00	1	33,33	7	25,93	0,845
Sim	17	54,84	7	70,00	3	50,00	2	66,67	20	74,07	
5. Você sabe qual é o encaminhamento de um paciente com transtorno do pânico?											
Não	20	64,52	6	60,00	3	50,00	3	100,00	11	40,74	0,487
Sim	11	35,48	4	40,00	3	50,00	0	0,00	16	59,26	
7. Você sabe qual é o encaminhamento adequado para um paciente com cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?											
Não	6	19,35	1	10,00	1	16,67	0	0,00	1	3,70	0,998
Sim	25	80,65	9	90,00	5	83,33	3	100,00	26	96,30	
9. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de transtornos psicológicos?											
Não	0	0,00	1	10,00	0	0,00	0	0,00	2	7,41	0,675
Sim	31	100,00	9	90,00	6	100,00	3	100,00	25	92,59	
11. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?											
Não	9	29,03	1	10,00	0	0,00	0	0,00	1	3,70	0,578
Sim	22	70,97	9	90,00	6	100,00	3	100,00	26	96,30	
13. Você acredita que o paciente com Transtorno do pânico, que dá entrada no serviço de Emergência, possui um atendimento adequado segundo sua patologia?											
Não	15	48,39	8	80,00	3	50,00	2	66,67	18	66,67	0,490
Sim	16	51,61	2	20,00	3	50,00	1	33,33	9	33,33	

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao que diz respeito a especialidade, variável cruzada com as questões, foi demonstrado que, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, as

variáveis não possuem tendência estatística de significância. Ou seja, o resultado de uma não influencia no resultado da outra em uma possível variação, de acordo com o valor (p) apresentado na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5 - Especialidade, variáveis cruzadas e valor de p

Informações	ESPECIALIDADE								Valor P
	Especialista		Especialista, mestre		Especialista, mestre e doutor		Sem especialização		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	22	28,57	2	2,60	2	2,60	51	66,23	
3. Você acredita que a dor torácica decorrente do transtorno do pânico é diferente da dor torácica da cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?									
Não	6	27,27	2	100,00	0	0,00	20	39,22	0,137
Sim	16	72,73	0	0,00	2	100,00	31	60,78	
5. Você sabe qual é o encaminhamento de um paciente com transtorno do pânico?									
Não	11	50,00	0	0,00	0	0,00	32	62,75	0,106
Sim	11	50,00	2	100,00	2	100,00	19	37,25	
7. Você sabe qual é o encaminhamento adequado para um paciente com cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?									
Não	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	17,65	0,133
Sim	22	100,00	2	100,00	2	100,00	42	82,35	
9. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de transtornos psicológicos?									
Não	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	5,88	0,635
Sim	22	100,00	2	100,00	2	100,00	48	94,12	
11. Na sua opinião, uma comunicação efetiva com o paciente auxilia na detecção de cardiopatia isquêmica (Angina ou Infarto do miocárdio)?									
Não	1	4,55	0	0,00	0	0,00	10	19,61	0,438
Sim	21	95,45	2	100,00	2	100,00	41	80,39	
13. Você acredita que o paciente com Transtorno do pânico, que dá entrada no serviço de Emergência, possui um atendimento adequado segundo sua patologia?									
Não	16	72,73	1	50,00	1	50,00	28	54,90	0,680
Sim	6	27,27	1	50,00	1	50,00	23	45,10	

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

É importante destacar que, em relação aos sintomas associados à cardiopatia isquêmica, os profissionais demonstraram conhecer a maioria deles, sendo assim, assinalaram a dor torácica, queimação no peito, sudorese, dispneia, fadiga e palpitações quando questionados em relação a angina ou IAM. Estando de acordo com a literatura científica, uma vez que, conforme estudos, o quadro clínico típico do IAM pode ser identificado por: dor torácica intensa com irradiação para membro superior esquerdo ou direito, região escapular e mandíbula, aliados à fadiga, palidez, sudorese e dispneia, além de palpitações. A sintomatologia atípica é mais comum nos idosos, usuários de cocaína e mulheres

com diabetes e obesidade, que podem apresentar: sensação de cansaço, insônia, dispneia, queimação gástrica, tonturas e parestesia em membros superiores¹⁸.

A equipe de trabalho mostrou estar ciente da abordagem inicial a este tipo de demanda (cardiopatias), pois nas respostas ao instrumento aplicado, quando questionados sobre o "encaminhamento adequado para um paciente com cardiopatia isquêmica" a maioria dos profissionais, além de destacar o encaminhamento mais apropriado, como clínicas de cardiologia, emergências cardiológicas e setores especializados (hemodinâmica), detalharam sobre tal abordagem, destacando que deve ser rápida e objetiva, com avaliação das características

da dor torácica, dos sinais vitais apresentados pelo paciente, dos seus antecedentes familiares, exame físico detalhado, realização de eletrocardiograma (ECG), exames laboratoriais e tratamento medicamentoso. Alguns participantes também mencionaram a utilização do Protocolo de dor torácica e emergência para essa avaliação inicial.

Neste sentido, o reconhecimento do paciente com suspeita de SCA deve ser realizado através da tríade: rápida triagem, diagnóstico precoce e identificação do grau de gravidade, e dessa forma, iniciar o tratamento correto. O infarto se caracteriza por ser uma situação clínica grave, com risco iminente de óbito. Assim, a abordagem inicial no atendimento deve ser pontual, ágil e objetiva, começando pela avaliação das características da dor torácica e dos sintomas associados, história pregressa relevante, exame físico direcionado e realização do ECG¹⁹. Para uma triagem mais assertiva, aplica-se o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), o qual foi elaborado para assegurar uma assistência efetiva de acordo com a gravidade clínica do paciente²⁰.

Logo, através de um atendimento agilizado, um diagnóstico correto e precoce da SCA, aliado ao protocolo de dor torácica, há chances de se reduzir a mortalidade por IAM. No setor de emergência, médicos plantonistas utilizam o protocolo de dor torácica juntamente com a prescrição médica padrão, na qual constam os itens recomendados, as medicações, o ECG e os marcadores bioquímicos de lesão miocárdica, com o intuito de acelerar o processo, evitar erros de prescrição, e obter um diagnóstico preciso e seguro em menor tempo²¹.

O diagnóstico do IAM baseia-se na história atual da doença, no ECG e nos resultados dos exames laboratoriais (valores seriados de enzimas séricas), sendo que os fatores que predisõem a esta doença estão relacionados à idade, colesterol alto, diabetes, tabagismo, obesidade e fatores hereditários²². Portanto, a dor torácica aguda de origem cardíaca deve ser detectada precocemente e ter atendimento priorizado, contudo a dor torácica de origem não cardíaca não pode ser subestimada, devendo receber atenção e tratamento adequados. Visto que, necessita de uma avaliação clínica

acurada por meio de vários indicadores comuns também a outros tipos de dores, como localização, forma de início, intensidade, irradiação, tipo, duração, recorrência, fatores precipitantes, de melhora e piora, sinais e sintomas associados, comorbidades, fatores de risco e antecedentes mórbidos pessoais e familiares²³.

Desse modo, em relação à dor torácica de origem não cardíaca, na pesquisa, foi destacado o TP, e os profissionais tiveram que responder alguns questionamentos relacionados a essa situação clínica. Primeiramente, listaram os sintomas mais comuns associados ao TP. Desse modo, as sintomatologias mais destacadas pela equipe foram: ansiedade, medo de morrer, agitação, agorafobia, palpitações, sufocação, medo de perder o controle, medo de enlouquecer, sensação de asfixia, sudorese e fadiga, além da dor torácica que foi listada por um número considerável de participantes.

Tudo isso corrobora com estudos acerca do TP, pois pacientes com esse quadro experienciam ataques de pânico (AP) recorrentes, que são caracterizados por episódios súbitos e inesperados de intenso medo e/ou desconforto. Conforme a definição do DSM-5, um AP é caracterizado por pelo menos quatro dos 13 possíveis sinais ou sintomas, que incluem aspectos somáticos, físicos e cognitivos, como palpitações, sudorese, tremores, falta de ar, asfixia, dor ou desconforto no peito, náusea, tontura, calafrios ou ondas de calor, parestesia ou dormência, despersonalização, medo de perder o controle e enlouquecer ou medo de morrer, que podem ser acompanhados por fobias, como a agorafobia²⁴.

Quando questionados sobre a diferenciação da dor torácica de origem cardíaca e a ocasionada pelo TP, quase todos os profissionais destacaram que a de origem cardíaca, como mencionada anteriormente, costuma vir acompanhada de irradiação para membros superiores, região escapular e mandíbula e pode melhorar em repouso. Em contrapartida, a maior parte da equipe também salientou que encontra dificuldades no diagnóstico preciso do TP, já que o mesmo, muitas vezes, acaba gerando confusão na apresentação dos sinais e sintomas, sendo tratado como um problema cardíaco. Vale mencionar que o TP é conhecido por

acarretar diversas alterações psicológicas, físicas e sociais, sendo potencializado pela ansiedade. Na maioria dos casos de síndrome do pânico, o paciente relata sentir uma angústia no coração, taquicardia e dor torácica, sendo assim, frequentemente, é encaminhado para a emergência, com o objetivo de tratar uma possível SCA, pelo fato de que os sintomas mais comuns são semelhantes aos de um infarto agudo do miocárdio²⁵.

Sobre a comunicação efetiva com o paciente, a maior parte respondeu afirmativamente destacando, inclusive, que deve ser um elo entre o paciente e a equipe multiprofissional. Outrossim, reforçaram que a mesma precisa ser realizada com acolhimento, escuta ativa, empatia e relação de confiança, de tal modo que o paciente se sinta seguro para se expressar, sem qualquer julgamento; foi mencionado, ainda, que o profissional deve saber como conduzir essa comunicação, com clareza nas palavras e compreensão; de acordo com a demanda de cada indivíduo; reforçaram, por fim, que o profissional deve estar atento às queixas e ao não verbal (expressões) do paciente durante este processo.

Assim, um estudo sobre humanização na terapia intensiva, identificou que a comunicação eficaz entre o profissional e o usuário, de forma clara, objetiva, compreensível, entendendo as necessidades do cliente, traz benefícios ao atendimento, pois o mesmo sente-se acolhido pelos serviços, promovendo segurança, qualidade assistencial e satisfação. Consequentemente, não houver como existir um bom acolhimento se não há uma boa comunicação entre as pessoas envolvidas no cuidado²⁶. Na relação entre comunicação e humanização, uma pesquisa, desenvolvida em UTIs de São Paulo, constatou que a comunicação efetiva enquanto cuidado delineado conforme as demandas individuais de cada paciente promovem o bem-estar e diminuem a angústia²⁷.

Por conseguinte, a última questão interrogativa do instrumento referia-se ao atendimento ao TP no serviço de emergência segundo a opinião da equipe multiprofissional. Na resposta, a maioria dos profissionais alegaram que a emergência não fornece um atendimento adequado para indivíduos que sofrem de doenças psíquicas, e justificaram esta afirmação pelo

fato de estarem inseridos em um serviço que demanda um atendimento rápido, muitas vezes, sem criação de vínculos, e que carece de profissionais especializados no setor para atender a este tipo de demanda, como especialistas em saúde mental (psicólogo e psiquiatra); além da própria dificuldade em lidar com casos de doenças mentais, que foi evidenciada na pesquisa pela questão referente ao encaminhamento de um paciente com TP, onde a maioria dos participantes admitiu não saber o encaminhamento e o tratamento adequados nestes casos.

Somado ao relato da equipe, têm-se um cenário de angústia e urgência, já que a manifestação do AP demonstra ausência de fronteira entre o somático e o psíquico, pois se refere a um complexo entre sintomas físicos e emocionais, os quais confundem tanto o profissional quanto o paciente. Vale destacar que o TP, mesmo após diagnóstico apropriado, nem sempre oferece possibilidade de cura, tampouco suporte assertivo, seja pelos métodos custosos de mapeamento do transtorno, ou pela falta de acesso às terapias farmacológicas ou não farmacológicas, ou também pelo pouco acesso à equipe de saúde mental e de profissionais especializados, o que dificulta e prejudica uma assistência de qualidade²⁸.

E, deve-se mencionar, como alguns profissionais relataram, sobre o preconceito da própria sociedade, que acaba se refletindo no atendimento à saúde, de que transtornos mentais são "frescura" e, como já detalhado na pesquisa, pode ocorrer o aparecimento e adoção de falas disfuncionais voltadas a pacientes que sofrem com agravos psicológicos, descredibilizando seus sintomas, suas queixas e a própria enfermidade. Como já comprovado cientificamente, o TP juntamente com outros transtornos de ansiedade, pode trazer prejuízos, comorbidades e piora na qualidade de vida de um indivíduo, causando desregulação emocional e sofrimento²⁹.

Portanto, a dor torácica é importante queixa de usuários atendidos em unidades de saúde no Brasil, especialmente em serviços de emergência. Uma vez que, por seu caráter inespecífico, pode estar relacionada a doença coronariana ou não²³. Desse modo, a equipe multiprofissional do setor, para diagnóstico correto,

tratamento individualizado e encaminhamento adequado, deve centrar o cuidado no sujeito e não apenas na queixa (cardíaca), negligenciando o âmbito psíquico³. Logo, os dados da pesquisa em comparação com outros estudos, reforçam a importância do preparo dos profissionais de saúde para avaliação criteriosa dos pacientes que buscam atendimento no serviço de emergência³⁰.

Para finalizar, a pesquisa em questão não demonstrou resultados de significância quanto às associações das questões específicas com os dados de caracterização (sociodemográficos) da equipe multiprofissional do serviço de emergência de um hospital de ensino, conforme tabelas e fontes da pesquisa. Contudo, é válido mencionar que, conforme demonstrado na Tabela 1 da seção "Resultados", em relação ao encaminhamento de um paciente com TP, demonstra-se que há uma tendência, pois a maioria dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e técnico de enfermagem, atuantes no setor, não conheciam o encaminhamento adequado, porém sem afirmação científica. Cabe ressaltar, diante disso, que mais estudos sobre o conhecimento dos dados sociodemográficos e clínicos podem favorecer no planejamento e efetivação da assistência conjunta, implicando melhorias na qualidade da mesma³¹.

Este estudo tem como limitação o fato de ter abordado apenas a equipe multiprofissional do sistema Público do serviço de Pronto Atendimento da Emergência de um hospital de ensino, sem incluir a equipe que trabalha no setor privado (Saúde suplementar).

E como contribuições para a prática, acredita-se que os resultados evidenciaram a necessidade de profissionais de saúde mental e psiquiatria na unidade de emergência para atendimento e encaminhamento de pacientes acometidos por TP. Assim como, servir de estímulo para novas pesquisas sobre a temática.

CONCLUSÃO

A maioria dos trabalhadores tinha conhecimento e preparo para atender as condições da dor torácica dos pacientes, independente da origem, acreditavam que há diferença na apresentação da dor, relacionada à irradiação para membros superiores,

região escapular e mandíbula, mas se confundiam, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento, especialmente quando trata-se de TP. A comunicação efetiva entre paciente e profissionais auxilia na detecção e diagnóstico precoce, entretanto, o serviço não possui profissionais especializados em saúde mental e psiquiatria no setor de emergência para encaminhamento dos acometidos pelo TP.

Houve uma tendência maior de profissionais de enfermagem que desconheciam o desfecho do paciente com dor torácica por TP. Entretanto, as características sociodemográficas da equipe multiprofissional, tempo de formação, profissão, especialização na área e tempo de atuação na emergência não influenciaram os resultados.

REFERÊNCIAS

1. Leite MR, Nascimento IM, Silva TC, Silva ML, Feitosa AN. Diagnóstico diferencial de dor torácica na emergência. *Rev Interdisc Saúde* [Internet]. 2019 [citado em 11 maio 2022]; 6(5):111-27. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_27/Trabalho_09.pdf
2. Santos ES, Timerman A. Dor torácica na sala de emergência: quem fica e quem pode ser liberado? *Rev SOCESP* [Internet]. 2018 [citado em 11 maio 2022]; 15;28(4):394-402. Disponível em: <http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/6715677971545217772p.pdf> tDOR%20TOR%C3%81CICA%20NA%20SALA%20DE%20EMERG%C3%81NCIA_A_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N4.pdf
3. Nogueira JF, Neves RT, Ferreira AP, Medeiros AA, Carbonari KF. Transtorno do pânico: cardiologia e psicologia em ação. *Rev SOCESP* [Internet]. 2018 [citado em 11 maio 2022]; 28(3):353-60. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964378>.
4. Miranda AV, Rampellotti LF. Incidência da queixa de dor torácica como sintoma de infarto agudo do miocárdio em uma unidade de pronto-atendimento. *BrJP* [Internet]. 2019 [citado em 11 maio 2022]; 2(1):44-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000100044&lng=en. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190009>.
5. Behenck AS. Sensibilidade à ansiedade e transtorno de pânico: avaliação do impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo. [Tese]. Porto Alegre, RS: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
6. Cirelle FT. Transtorno do pânico na perspectiva da enfermagem [dissertação]. Guaíba, PR: Universidade Paranaense Curso Superior de Enfermagem; 2017. [Internet]. [citado em 11 maio 2022]. Disponível em: <https://tcc.unipar.br/files/tccs/a171e40c52c4480bf5fffb09a5b3d689.pdf>.
7. Obelar RM. Avaliação Psicológica nos Transtornos de Ansiedade: Estudos Brasileiros. [Monografia]. Porto Alegre, SP: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. [Internet]. [citado em 11 maio 2022]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147064/000998195.pdf?sequence1>
8. American Psychiatric Association (APA). DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014 [cited 2021 Apr 19]; 992p. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>.
9. Oliveira LG, Sguarezzi JG, Paulin LF. Crise de pânico: abordagem no pronto-socorro. *E-USF* [Internet]. 2017 [citado 21 abr. 2021]; 1(1):25-33. Disponível em: <http://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/30>.

10. Bonadiman CS, Passos VM, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: estudo de carga global de doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [citado 21 abr. 2021]; 20(Suppl 1):191-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500191&lng=en
11. Fleet R, Lavoie K, Beitman BD. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2000 [citado 21 abr. 2021]; 48(4-5):347-56. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10880657/>
12. Mangolini VI, Andrade LH, Wang Y-P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2019 [citado 17 maio 2021]; 98(6):415-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/144226>
13. Silva JM, Fiorese M, Sipelatti WG, Zerbinato VA, Bringuento ME, Primo CC. Sinais, sintomas e indicadores prevalentes em pacientes cardiopatas e suas complicações para a assistência de enfermagem. *RSD* [Internet]. 2021 [citado 17 maio 2021]; 10(2):e18110211979. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11979>
14. Passinho R, Primo C, Romero-Sipelatti W, Fiorese M. Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2018 [citado 21 maio 2021]; 12(1):247-64. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22664>
15. Lynch P, Galbraith KM. Panic in the emergency room. *Canadian J Psych* [Internet]. 2003 [citado 21 maio 2021]; 48(6):361-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12894609/>
16. Chiattonne HBC. A significação da psicologia no contexto hospitalar. *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira; 2000. p. 73-165.
17. Leite KL, Yoshii TP, Langaro F. O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. *Rev SBPH* [Internet]. 2018 [citado 17 maio 2021]; 21(2):145-66. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200009&lng=pt
18. Mariane S. Atuação do enfermeiro frente ao paciente portador de IAM na unidade de urgência e emergência. *Rev Ciência (In) Cena* [Internet]. 2019 [citado 17 abr. 2022]; 1(8). Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/cienciaincenabahi/a/article/view/871>
19. Bassetti KKS, Cezario ND, Pereira SO, Boechat JCS, Cola CSD, Gomes SR, et al. Abordagem de pacientes com infarto agudo do miocárdio em serviço de emergência. *Rev Interd Pensamento Científico* [Internet]. 2018 [citado 13 out. 2022]; 4(2). Disponível em: <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/213>
20. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. GBCR. Associação entre protocolo manchester de classificação de risco e protocolo de dor torácica. Nota Técnica 001/2018. Janeiro/2018. [Internet]. [citado 13 out. 2022]. Disponível em <http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/Nota%20T%C3%A9cnica%20Dor%20to%C3%A1tica.pdf>
21. Pertsew PE, Perozin M, Chaves PLL. Gerenciamento do protocolo de dor torácica no setor de emergência. *Rev Soc Bras Clín Med* [Internet]. 2018 [citado 13 out. 2022]; 16(2):77-9. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2018-02.pdf>
22. De L, Oliveira A, Rocha Martins C, Virgínia A, Fontinele C, Oliveira C, et al. Cuidados de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa nursing care for acute myocardium disease patient: an integrative review. *Braz J Surg Clin Res BJSCR* [Internet]. 2019 [citado 13 out. 2022]; 28(3):2317-4404. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191006_204913.pdf
23. Leite ACS, Farias LGO, Nogueira AO, Chaves EMC. Acute chest pain intensity in a cardiopulmonary emergency unit. *Reva Dor* [Internet]. 2016 [citado 13 out. 2022]; 17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/RgTWSvq4wNdbHkNHzwTvbj/?lang=pt>
24. Okuro RT, Freire RC, Zin WA, Quagliato LA, Nardi AE. Panic disorder respiratory subtype: psychopathology and challenge tests – an update. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 13 out. 2022]; 42(4):420-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/7YxqnFrSjWhtBrTqsB3pTZm/?format=html&lang=en>
25. Maximiliano R. Acupuntura no tratamento da síndrome do pânico. *Famamportalcombr* [Internet]. 2021 [citado 13 out. 2022]. Disponível em: <http://famamportal.com.br:8082/jspui/handle/123456789/2427>
26. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 13 out. 2022]; 70(5):1040-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wcR7GFGHLYs7P5gmpB4kxj/abstract/?lang=pt>
27. Fontenele RM, Silva Santini VR, Monroe Santos FC, Serra Cutrim D, Santos RDC, Nascimento JF. Comunicação ineficaz e suas consequências para o paciente grave: ineffective communication and its consequences for the severe patient. *Recien* [Internet]. 2019 [citado 13 out. 2022]; 9(27):117-26. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/212>
28. Gomes ABS, Santos Neto A, Silva RAL, Oliveira SG. Transtorno do pânico: fisiopatologia e abordagens terapêuticas. *BJDV* [Internet]. 21 de fevereiro de 2022 [citado em 14 out. de 2022]; 8(2):13454-71. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/44372>
29. Coimbra C, Tatiana, Mariana Fortunata Donadon. Mindfulness: uma ferramenta complementar na manutenção e remissão dos sintomas de transtorno de pânico. *Rev Eixo* [Internet]. 2020 [citado em 14 out. de 2022]; 9(3):86-95. Disponível em: <http://revistaefixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/770>
30. Frazão RDF, Abreu RNDC, Cavalcante TMC, Sampaio LRL. Avaliação e desfecho dos pacientes atendidos no serviço de emergência com queixa de dor torácica. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2022 [citado em 14 out. de 2022]; 10(3):e202127. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/4770>
31. Soares DS, Santos TS, Maier SRO, Sudré MRS, Flores CAS, Oliveira WS. Caracterização das vítimas de infarto do miocárdio admitidas em uma unidade coronariana. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2019 [citado em 14 out. 2022]; 8(2):98-106. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3762/pdf>

Envio: 10/06/2023

Aceite: 15/09/2023