

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Luiza Kowalczuk**

**INTERVENÇÕES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA  
ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO E/OU DE  
ANSIEDADE: uma revisão de escopo.**

**Porto Alegre**

**2022**

**LUIZA KOWALCZUK**

**INTERVENÇÕES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA  
ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO E/OU  
ANSIEDADE: uma revisão de escopo.**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

**Orientadora:** Profa. Ana Cristina Wesner  
Viana.

**Co-orientadora:** Ana Paula Scheffer Schell da  
Silva

**Porto Alegre**

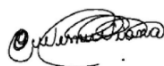
**2022**

**Luiza Kowalczuk**

**INTERVENÇÕES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA  
ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO E/OU  
ANSIEDADE: uma revisão de escopo.**

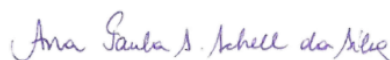
Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro(a).

Porto Alegre, 17 de novembro de 2022



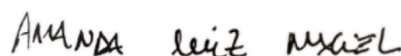
---

Profa Dra Ana Cristina Wesner Viana  
(Presidente orientadora)



---

Profa. Dra Ana Paula Scheffer Schell da Silva  
(Coorientadora)



---

Profa. Dra Amanda Luiz Maciel (UNICNEC-RS)



---

Profa. Annie Jeanninne Bisso Lacchini (UFCSPA)

### Catálogo na Publicação

Kowalczuk, Luiza  
INTERVENÇÕES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM TRANSTORNOS DE  
DEPRESSÃO E/OU DE ANSIEDADE: uma revisão de escopo. /  
Luiza Kowalczuk. -- 2022.

156 p. : il., tab. ; 30 cm.

Relatório (trabalho de conclusão de curso) --  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto  
Alegre, Curso de Enfermagem, 2022.

Orientador(a): Ana Cristina Wesner Viana ;  
coorientador(a): Ana Paula Scheffer Schell da Silva.

1. Transtorno de Ansiedade. 2. Transtorno de  
Depressão. 3. Enfermagem. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados  
fornecidos pelo(a) autor(a).

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente preciso expressar minha gratidão, para minha orientadora Profa. Ana Cristina Wesner Viana, que sempre esteve disposta a orientar este trabalho com seus conhecimentos científicos, mas principalmente com muito amor, carinho e cuidado. Gostaria de agradecer também a professora Ana Paula Scheffer Schell da Silva que auxiliou muito na condução da metodologia desta pesquisa e demais etapas, com seu olhar detalhado e cuidadoso.

A toda a minha família, que possibilitou minha formação na universidade e foi minha base durante esses anos. Principalmente, meu irmão Pedrinho que foi minha fonte de motivação e proporcionou muitos momentos de risadas e brincadeiras.

Agradeço ao meu companheiro e melhor amigo Pedro Saavedra, que sempre esteve ao meu lado, sem sua companhia seria tudo mais difícil.

Por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer às minhas amigas, que tornaram o caminho mais leve e descontraído.

## RESUMO

**Introdução:** Os transtornos de ansiedade e de depressão são os transtornos mentais mais prevalentes no mundo e são responsáveis por gerarem uma alta demanda de saúde nos serviços de atenção primária e hospitalar. Sendo assim, é necessário que sejam incentivadas intervenções por outros profissionais da saúde, que não somente psicólogos e psiquiatras. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem são recomendados para o fornecimento de intervenções na saúde mental, devido à sua experiência profissional e o forte vínculo com o paciente. Levando em conta a alta prevalência de indivíduos com esses transtornos mentais no mundo e as potencialidades dos profissionais de enfermagem no contexto da assistência em saúde mental, se vê a importância de explorar na literatura, de forma sistemática e abrangente, quais os tipos de evidências disponíveis e as lacunas existentes sobre este tópico. **Objetivo:** Mapear as evidências que tratam sobre intervenções realizadas por profissionais de enfermagem na assistência de pacientes com transtornos de depressão e/ou ansiedade. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo realizada nas bases de dados U.S. National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/EBSCO), Web of Science (Clarivate) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na literatura cinzenta composta por Teses e Dissertações e busca livre por protocolos e diretrizes. A seleção dos estudos, a extração e apresentação dos dados foi realizada por duas revisoras de forma independente, seguindo as recomendações do PRISMA e JBI. **Resultados:** Esta revisão identificou 17 estudos elegíveis para inclusão que demonstraram que as intervenções realizadas por profissionais de enfermagem na assistência de pacientes com transtorno de ansiedade e/ou depressão contribuem para a melhora nos sintomas depressivos e/ou de ansiedade, do funcionamento social e da qualidade de vida, ainda se mostraram viáveis e aceitáveis para os pacientes, podem reduzir o uso de medicamentos e ainda possuem um custo-benefício. **Conclusões:** Conclui-se que a assistência de enfermagem para pacientes com transtorno de ansiedade e/ou depressão resulta em melhorias clínicas significativas aos indivíduos e pode contribuir na redução de custos nos serviços de saúde.

**Palavras-chaves:** Transtorno de Ansiedade. Transtorno de Depressão. Enfermagem

## ABSTRACT

**Introduction:** Anxiety and depression are the most prevalent mental disorders in the world and are responsible for health because they generate a high primary and hospital demand. Therefore, it is necessary to encourage interventions by other health professionals, not only psychologists and psychiatrists. In this sense, nursing professionals are recommended for providing mental health care, due to their professional experience and strong bond with the patient. Taking into account a high prevalence of people with these thoughts in the world and as possible for nursing professionals in the context of mental health care, one sees the importance of literature in the literature and comprehensive, what types of systematic studies and the existing gaps about this topic. **Objective:** To explore the availability of interventions performed by nursing professionals in the care of patients with depression and/or concern disorders in all health literature service environments. **Method:** This is a scoping review carried out in the U.S. National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/EBSCO), Web of Science (Clarivate) and Virtual Health Library (BVS), in the gray literature composed of Theses and Dissertations and free search by protocols and guidelines. The selection of studies and the presentation of data were carried out by two reviewers independently, following the opinions of PRISMA and JBI. **Results:** This review identified 17 studies eligible for inclusion that demonstrated that interventions performed by nursing professionals in the care of patients with anxiety disorder and/or depression contribute to the improvement in depressive and/or anxiety symptoms, social functioning and quality of life. life, still proved to be viable and acceptable to patients, can reduce drug use and are still cost-effective. **Conclusions:** It was concluded that nursing care for patients with disorders can result in significant improvements in care and contribute to reducing costs in health services.

**Keywords:** anxiety disorder. depression disorder. nurse

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1- Fluxograma da seleção dos estudos que compõem a pesquisa de acordo com o PRISMA ScR.....	22
Quadro 1- Características dos transtornos de ansiedade.....	13
Quadro 2- 1º busca realizada nas bases de dados BVS e PubMed.....	19
Quadro 3- Distribuição das características gerais dos artigos selecionados.....	23
Quadro 4- Resumo descritivo da população, das intervenções e dos contextos dos artigos selecionados.....	25
Quadro 5- Apresentação dos objetivos e dos principais resultados dos estudos selecionados.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Catálogo de Teses e Dissertações
CAREPATH	Care for patients at home
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DeCS	Banco de Descritores em Ciências da Saúde
DM II	Diabetes Mellitus II
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
JBI	Instituto Joanna Briggs
MeSH	Medical Subject Headings
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RNAO	Registered Nurses' Association of Ontario
TARV	Adesão à terapia antirretroviral
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo
TCC-AD	Terapia Cognitivo-Comportamental para adesão e depressão
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TP	Transtorno de Pânico
USP	Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>10</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	10
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>11</b>
3.1 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	11
3.2 INTERVENÇÕES FORNECIDAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	14
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
4.1 DEFINIÇÃO DA QUESTÃO DE REVISÃO	18
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	18
4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA	19
4.4 FONTE DE TRIAGEM E SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS	20
4.5 EXTRAÇÃO DE DADOS	21
4.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS	21
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	21
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>41</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE A- Pesquisa realizada entre março e abril de 2022 nas bases de dados com a estratégia de busca final.</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE B- Artigos excluídos após leitura na íntegra por não estarem de acordo com os critérios de inclusão.</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE C- Instrumento de extração dos dados</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos de depressão e de ansiedade são considerados, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os dois distúrbios mentais mais prevalentes no mundo <sup>1</sup>. Novos estudos demonstraram que 246 milhões de indivíduos vivem com transtorno depressivo e 374 milhões com transtorno de ansiedade. Globalmente, em 2019, estimava-se que 970 milhões de pessoas no mundo viviam com um transtorno mental, destes 31% representam transtorno depressivo e 28,9% transtornos de ansiedade <sup>2</sup>. No Brasil, o cenário é igualmente preocupante, sendo considerado mundialmente, o país com a maior prevalência de indivíduos com ansiedade, com a representatividade de 9,3% de indivíduos com esse transtorno no país, e totalizando 5,8% com transtornos depressivos <sup>1</sup>.

A ansiedade e o medo são duas respostas emocionais naturais, que estão relacionadas à sobrevivência e aumentam a consciência frente a possíveis perigos. No entanto, quando a ansiedade se mostra persistente e desproporcional ao perigo real, pode ser considerada patológica. Por conta disso, indivíduos com transtornos de ansiedade experimentam sensações subjetivas, como tensão, preocupação excessiva e pensamentos negativos e alterações fisiológicas, entre as quais sudorese, tontura, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca <sup>3</sup>.

Os transtornos depressivos, tendo como condição representativa clássica o transtorno depressivo maior, são caracterizados por episódios distintos de, pelo menos, períodos de duas semanas ou mais de duração, com alterações no afeto, na cognição e em funções do sistema nervoso autônomo e remissões interepisódicas <sup>4</sup>. O indivíduo com esse transtorno convive com sentimentos de tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, sono ou apetite perturbado, sensação de cansaço e falta de concentração <sup>1</sup>.

Os transtornos mentais comuns afetam diversos setores nas vidas dos indivíduos, ocasionando não somente complicações psicológicas mas também físicas. A literatura demonstra que estes transtornos estão associados com doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, ocasionando consequências econômicas, em função desses pacientes começarem a necessitar de tratamentos adicionais <sup>5,6</sup>. Ademais, são responsáveis por diminuir as funcionalidades desses indivíduos, impactando nos setores profissionais, na escola e/ou faculdade e nas suas relações sociais <sup>1,5</sup>.

Percebe-se a necessidade de novos profissionais para aplicar intervenções, que não somente psicólogos e psiquiatras, por conta da alta demanda global destes transtornos mentais. Visto isso, os profissionais de enfermagem são recomendados para prestar o cuidado na saúde mental, devido sua bagagem de experiências práticas e vínculo com o paciente <sup>7,8</sup>. Além de que a liderança do cuidado por um profissional de enfermagem promove um gerenciamento estruturado, comunicação interprofissional aprimorada e melhora do autocuidado dos pacientes <sup>9,10</sup>.

Evidências que apoiam o (a) enfermeiro (a) na aplicação de intervenções para indivíduos com transtornos mentais vem sendo verificadas na literatura. Marks et al. (1978) e Tyler et al. (2015) demonstraram que enfermeiras quando comparadas a profissionais de psicologia e outros terapeutas na aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) são mais eficazes na execução dessa terapia e promovem resultados mais benéficos na melhora clínica de pacientes com transtornos mentais <sup>11,12</sup>.

Outras pesquisas obtiveram resultados positivos perante profissionais de enfermagem aplicando intervenções com indivíduos com transtornos mentais associados com outras condições crônicas. Strong et al. (2008) forneceu um tratamento intitulado “Tratamento da Depressão para Pessoas com Câncer” administrado por enfermeiras da oncologia previamente treinadas, o qual resultou na melhora dos sintomas depressivos, de ansiedade e fadiga <sup>13</sup>. Ademais, Doering et al. (2015) no seu ensaio clínico randomizado também obteve respostas efetivas com a aplicação da TCC para pacientes em recuperação de cirurgias cardíacas com sintomas depressivos, revelando desfechos benéficos na interferência da dor, nos sintomas da depressão e no controle percebido dos pacientes <sup>14</sup>.

No Brasil, a Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo é um exemplo de alternativa ideal para ser implementada na atenção primária, em virtude de seu aspecto econômico e pela possibilidade de ser fornecida para um grupo maior de indivíduos <sup>15,16</sup>. Ainda, nesse cenário, a oferta da TCC por profissionais de enfermagem para pacientes com sintomas leves e moderados de ansiedade, apresenta maior satisfação e diminuição de encaminhamentos a outros serviços comparado a pacientes que são tratados por médicos clínicos <sup>17</sup>.

A alta prevalência de indivíduos com esses transtornos mentais no mundo e as potencialidades dos profissionais de enfermagem no contexto da saúde mental, indica a importância de explorar na literatura, de forma sistemática e abrangente, quais os tipos de evidências disponíveis e as lacunas existentes sobre este tópico. Na pesquisa piloto realizada pelas autoras em três bases de dados (PubMed, BVS e JBI Database) com os

termos depressive disorder, anxiety disorder e nursing care em janeiro de 2022, foi encontrada somente uma revisão sistemática que abordava sobre a efetividade de intervenções terapêuticas de enfermagem na assistência de pacientes com transtornos de ansiedade, no entanto, nenhuma sobre transtornos depressivos, e com o objetivo de mapear os estudos, diferindo da respectiva pesquisa. Sendo assim, se vê a necessidade e a importância da realização deste mapeamento amplo dos estudos na literatura científica sobre esta temática para que se compreenda melhor sobre a assistência dos profissionais de enfermagem nessa área, podendo assim ser estimulada a formação continuada e a valorização destes profissionais no contexto da saúde mental.

Nesse sentido, o objetivo de construir essa revisão de escopo foi mapear as evidências que tratam sobre intervenções realizadas por profissionais de enfermagem na assistência de pacientes com transtornos de depressão e/ou ansiedade. Dessa forma, se existirem mais profissionais de enfermagem com habilidades e competências para lidar com esses transtornos mentais comuns, pode-se alcançar melhora na qualidade de vida e no tratamento desses pacientes e diminuição de complicações associadas a condições crônicas, consequentemente resultando em menores custos envolvendo a saúde. Além disso, como discente tive a oportunidade de verificar nas vivências dos campos práticos, principalmente, nas unidades de saúde, que a saúde mental é uma demanda frequente dos pacientes, no entanto que muitas vezes não possui a atenção necessária dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, como futura enfermeira, me motiva aprofundar o tema em questão, para fornecer um atendimento de qualidade e evidenciado cientificamente, bem como para estimular a formação continuada da equipe de enfermagem nos serviços de saúde.

Este trabalho de conclusão de curso vincula-se à linha de pesquisa da Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Mapear as evidências que tratam sobre intervenções realizadas por profissionais de enfermagem na assistência de pacientes com transtornos de depressão e/ou ansiedade.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Transtornos de ansiedade e depressão

Os transtornos de ansiedade e de depressão são considerados os transtornos mentais mais prevalentes na população mundial. No mundo, 246 milhões de indivíduos vivem com depressão e 374 milhões com ansiedade <sup>2</sup>. Esses números expressivos resultam em consequências enormes em termos de prejuízos na saúde da população, sendo a depressão a maior contribuinte global para incapacidade e para o suicídio, sendo responsável por 800 mil mortes por ano <sup>1</sup>.

O Brasil possui destaque com relação ao número de indivíduos que vivem com esses transtornos, visto que possui a prevalência de 9,3% da população com transtorno de ansiedade, o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo, juntamente com a prevalência de 5,8% de transtornos depressivos <sup>1</sup>.

Esses transtornos não podem ser confundidos com sentimentos comuns que as pessoas experimentam em alguns momentos das suas vidas, como o medo, a tristeza ou o estresse, sendo esses distúrbios condições de saúde diagnosticáveis, com sintomas que variam em termos de gravidade (de leve a grave) e duração (de meses a anos) <sup>4,1,3</sup>.

Os transtornos depressivos são caracterizados pelos seguintes sinais e sintomas: tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, pesar, sono ou apetite perturbados, sensação de cansaço e falta de concentração. Tais sintomas ocasionam alteração na qualidade de vida desses indivíduos, com prejuízo familiar, social, laboral e/ou acadêmico, bem como, para enfrentar diariamente a vida, podendo levar, na forma mais severa, ao suicídio <sup>18,1,19</sup>. Além disso, estão geralmente associados a condições crônicas de saúde <sup>6</sup>, resultando em pioras físicas e psicológicas e consequentemente impactando negativamente nas questões econômicas envolvidas com os custos do tratamento do paciente <sup>20, 21</sup>.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5), os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado <sup>4</sup>. Em relação à duração, a depressão pode ser longa,

duradoura ou recorrente. Também podem ser divididas em duas sub categorias principais:

1.

1. Transtorno depressivo maior/ episódio depressivo: envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse e prazer e diminuição da energia; dependendo do número e da gravidade de sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave;

2. Distímia: forma persistente ou crônica de depressão leve, com sintomas semelhantes a episódios depressivos, mas tendendo a serem menos intensos e mais duradouros.

Em relação a ansiedade, o medo é descrito como uma resposta emocional a situações ameaçadoras imediatas e a ansiedade é uma antecipação de ameaças futuras, sendo respostas naturais, esporádicas e interligadas com a sobrevivência e adaptação humana. De modo contrário, os indivíduos que possuem transtornos de ansiedade expressam essas respostas emocionais de forma excessiva e persistente, demonstrando comportamentos de pânico, medo, ações repetitivas incontroláveis, preocupação de forma demasiada sem explicação ou podem reviver momentos traumáticos, e geralmente, esses sinais e sintomas possuem uma permanência de seis meses ou mais <sup>4, 22</sup>.

Esses transtornos podem ter relação com baixa autoestima, escolaridade baixa, abuso sexual na infância, doenças crônicas, sedentarismo, obesidade, histórico familiar de ansiedade, história prévia de transtorno psicológico e de transtorno de personalidade, vivência em ambiente perturbador, abuso de álcool e outras substâncias, menor status socioeconômico e experiência prévia de psicoterapia, quando o tratamento foi interrompido antes do previsto e tentativa de suicídio <sup>23-26</sup>

Os transtornos de ansiedade, conforme se manifestam, possuem diferentes nomenclaturas, tais como: Transtorno de ansiedade de separação, Mutismo seletivo, Ansiedade social, Fobia específica, Transtorno de pânico, Agorafobia e Transtorno de ansiedade generalizada <sup>4</sup>. Essas diferentes terminologias, podem ser basicamente descritas de acordo com as seguintes características mencionadas no Quadro 1.

**Quadro 1-** Características dos transtornos de ansiedade. Porto Alegre, 2021.

<b>Transtorno do Pânico</b>	Ataques de pânico recorrentes, caracterizados por períodos de ansiedade e desconforto intensos, acompanhados por sintomas somáticos e psíquicos.
<b>Agorafobia</b>	Medo em locais ou situações dos quais a fuga pode ser difícil ou em que a ajuda pode não estar disponível.
<b>Transtorno de ansiedade generalizada</b>	Ansiedade e preocupação excessivas, acompanhadas por sintomas de ansiedade somática, inquietação, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular, distúrbios do sono e fadiga.
<b>Fobia específica</b>	Medo excessivo ou irracional de objetos isolados ou situações.
<b>Transtorno de ansiedade de separação</b>	O paciente vivencia sofrimento intenso quando a separação de figuras de apego é antecipada ou ocorre. As pessoas se preocupam com o bem-estar ou a morte potencial das figuras de apego, particularmente quando separadas delas, e se sentem forçadas a permanecer em contato com elas.
<b>Mutismo Seletivo</b>	Fracasso persistente para falar em situações sociais específicas nas quais existe a expectativa para tal, apesar de falar em outras situações.

Fonte: Quevedo; Izquierdo (2020).

Esses transtornos acarretam em um alto custo para a saúde, estão ligados à uma alta taxa de prevalência global, comprometem intensamente as funcionalidades e as relações sociais e possuem associação com o aumento das comorbidades médicas. No entanto, na maioria dos casos, os pacientes recebem uma menor atenção dos médicos comparado a condições psicóticas e transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas, quando buscam os serviços de saúde <sup>5, 27, 28</sup>. Apesar das problemáticas relacionadas a estes transtornos e por mais que existam tratamentos farmacológicos e psicológicos eficazes, estudos demonstram existir uma alta proporção de indivíduos que recebem serviços que não atendem a qualidade desejada e/ou que acabam não sendo diagnosticados corretamente. Nesse sentido, essas questões apontam a necessidade de melhora desses espaços e da qualidade dos tratamentos voltados aos transtornos de ansiedade <sup>29, 5</sup>.

As problemáticas relacionadas aos transtornos depressivos e de ansiedade são significativas de modo global, sendo assim é urgente a ampliação das opções de tratamento conduzidas por outros profissionais, que não somente psicólogos e psiquiatras, para que se alcance uma maior acessibilidade e qualidade nos serviços de saúde aos indivíduos com esses transtornos. Dessa forma, pode-se atingir uma maior parcela de pacientes, e com isso amenizar a demanda de indivíduos com esses transtornos comuns e melhorar o fornecimento de tratamentos não farmacológicos. Sendo os profissionais de enfermagem essenciais para implementar intervenções adequadas que estão de acordo com as evidências científicas <sup>30</sup>.

### **3.2 Intervenções fornecidas por profissionais de enfermagem**

O enfermeiro é responsável pela execução do planejamento dos cuidados e realização do diagnóstico e da assistência de enfermagem, mediante às necessidades do paciente e de seus familiares, exercendo a profissão com autonomia e baseada em conhecimentos técnico-científicos <sup>31</sup>.

No sentido de realizar intervenções no contexto da saúde mental, o profissional de enfermagem possui diversos pontos positivos, como exemplo a capacidade de se colocar no lugar do paciente, visto que tem uma ampla vivência de assistência para indivíduos que possuem problemas de saúde, ciclos de vida, etnias, ocupações, status socioeconômicos, culturas e personalidades diferentes. Ainda, a (o) enfermeira (o) possui conhecimento sobre questões gerais de saúde, e habilidades como observação, desenvoltura e criatividade <sup>8</sup>.

Intervenções lideradas por profissionais de enfermagem, por meio de suas orientações e habilidades, estimulam o autocuidado de pacientes com quadros de saúde crônicos, incluindo transtornos depressivos e ansiosos <sup>30,32</sup>. Desse modo, esses profissionais, são fundamentais para gerenciar as condições dos pacientes, em virtude de melhorarem a adesão e a resposta ao tratamento, a recuperação dos sintomas e a qualidade de vida, principalmente, quando se trata das necessidades psicossociais <sup>10</sup>. Considera-se ainda que auxiliam no aumento do apoio social e no contentamento do paciente com o cuidado, por meio das suas intervenções na promoção da saúde mental, acarretando na diminuição das taxas de ideação suicida e conseqüentemente reduzindo custos <sup>9</sup>.

Nesse contexto, Hildegard Peplau foi considerada a grande precursora da Enfermagem Psiquiátrica, lutando para que as enfermeiras pudessem proporcionar aos pacientes cuidados verdadeiramente terapêuticos <sup>33</sup>. Além do mais foi responsável por

criar a Teoria das Relações Interpessoais, a qual contemplou os problemas psicossociais no cuidado e buscou aumentar a interação entre o paciente e o enfermeiro, com vistas na valorização singular da reciprocidade e na ajuda mútua entre os mesmos <sup>34,35</sup>.

Atualmente, a literatura vem corroborando com vários estudos que apontam a efetividade do profissional de enfermagem na aplicação de intervenções, como principal exemplo a utilização da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), para diferentes transtornos mentais e inclusive quando associados com outras comorbidades <sup>11, 12, 36, 14</sup>.

Em 1970, um grupo de enfermeiras recebeu treinamento de três anos, no Reino Unido, para aplicação da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para transtornos mentais, tendo o estudo concluído que esses profissionais eram mais eficazes na execução da TCC comparado aos psicólogos e psiquiatras <sup>11</sup>. Ainda um estudo, que disponibilizou um treinamento de TCC para enfermeiras em clínicas médicas, e em seguida realizou uma comparação entre a terapia ministrada por enfermeiras em relação à psicólogos e outros terapeutas, obteve novamente que os pacientes apresentaram melhora nos resultados de ansiedade relacionada à saúde, ansiedade generalizada e depressão quando recebiam o tratamento por profissionais de enfermagem <sup>12</sup>.

Outras pesquisas evidenciaram que aplicações da TCC por profissionais de enfermagem previamente treinados são benéficas, colaborando com excelente participação dos indivíduos e redução significativa da gravidade dos sintomas de pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) <sup>36</sup>. Além disso, os efeitos da TCC ministradas por esses profissionais demonstraram interferir positivamente na dor, nos sintomas da depressão e no controle percebido de pacientes em recuperação de cirurgias cardíacas com sintomas depressivos <sup>14</sup>.

Intervenções ministradas por enfermeiras (os) foram mencionadas na literatura, além da TCC. Um estudo que analisou grupos psicoeducacionais com pacientes diagnosticados com depressão e outras comorbidades físicas, lideradas por enfermeiras previamente treinadas na atenção primária, demonstrou a remissão da depressão em longo prazo e diminuição da sintomatologia em curto prazo desses indivíduos <sup>32</sup>. A primeira intervenção conduzida por enfermeiros durante um período de 10 meses, na atenção primária da Alemanha, implementou um modelo de cuidado colaborativo para pacientes com ansiedade, sintomas depressivos ou somáticos, revelando um aumento da autoeficácia desses pacientes em comparação com o grupo controle <sup>10</sup>.

O cuidado de enfermagem para saúde mental destinado a pacientes oncológicos também foi evidenciado na literatura. A intervenção intitulada “Tratamento da Depressão para Pessoas com Câncer” que compreendeu educar os pacientes sobre depressão, seu

tratamento, estratégias de enfrentamento destinadas a superar sentimento de impotência e treiná-los para a resolução de problemas foi fornecida por uma enfermeira, a qual colaborou para melhora nos sintomas de depressão, de ansiedade e de fadiga, benefícios estes que permaneceram por 12 meses nos pacientes da pesquisa <sup>13</sup>.

Apesar da eficácia de diferentes intervenções aplicadas por profissionais de enfermagem em diferentes países do mundo como mencionado nos estudos, e levando em conta que a atenção primária se mostra como uma estratégia ideal para inserção de ações e saberes de saúde mental, essa prática ainda é pouco implementada no Brasil, por ser, geralmente, focada na assistência medicamentosa e não no processo terapêutico. Isso ocorre por conta da falta de capacitação, treinamento e atualização oferecida para esses profissionais durante a graduação e experiência profissional e falta de apoio dos gestores. Além de que a enfermagem comparada a outros profissionais é a que mais está próximo do paciente na prática do cuidado e se apresenta como uma grande referência aos portadores de transtornos mentais <sup>7</sup>.

A Terapia Cognitivo Comportamental Grupal, por exemplo, é uma alternativa ideal para ser implementada na Atenção Primária no contexto da saúde mental, principalmente pelo seu aspecto econômico e por ser possível de fornecer para um grupo maior de indivíduos <sup>15,16</sup>. Além disso, a oferta de TCC por enfermeiros para pacientes com sintomas leves e moderados de ansiedade na atenção primária apresenta maior satisfação e diminuição de encaminhamentos a outros serviços comparado a pacientes que são tratados por médicos clínicos <sup>17</sup>.

Por fim, levando em conta a alta demanda da atenção primária em relação à saúde mental e as potencialidades dos profissionais de enfermagem, mostra-se a urgência de preparar estes profissionais para fornecer o cuidado qualificado e efetivo para indivíduos com transtornos mentais <sup>7</sup>. Percebe-se que as intervenções aplicadas pelos (as) enfermeiros (as) podem ser de grande relevância na melhora da condição de saúde mental de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão, assim como apresenta impacto nos custos relacionados aos gastos desses indivíduos com tratamentos e aos serviços de saúde.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão de Escopo, que utilizou a metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI), que possui a finalidade de apresentar as evidências ou os conhecimentos sobre um determinado tema, de forma abrangente <sup>37</sup>. As revisões de escopo podem ser usadas para mapear conceitos-chaves, esclarecer definições e limites sobre um determinado assunto, podendo abordar somente um, bem como todos esses objetivos <sup>37,38</sup>.

De acordo com Munn et al. (2018) existem as seguintes indicações para construção de uma revisão de escopo: <sup>39</sup>

- Ser precursora de uma revisão sistemática;
- Identificar os tipos de evidências existentes sobre um determinado tópico;
- Identificar e analisar lacunas do conhecimento;
- Esclarecer os principais conceitos e definições na literatura;
- Examinar de que forma uma pesquisa é conduzida sobre um determinado tópico ou campo;
- Identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito.

Esta revisão de escopo foi conduzida com base nas recomendações do guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) estendido para Scoping Reviews (PRISMA-ScR) e no método proposto pela JBI <sup>37,40</sup>. Os objetivos, os métodos para inclusão e exclusão de fontes de evidência, o processo de extração e apresentação dos dados foram apresentados em um protocolo ([https://osf.io/ajwqb/?view\\_only=a60de9764ae5418ea1b1686614e6d789](https://osf.io/ajwqb/?view_only=a60de9764ae5418ea1b1686614e6d789)), o qual foi registrado no Open Science Framework (OSF).

A definição do título e os objetivos foram realizadas anteriormente. As etapas seguintes são:

- 1) definição da questão de revisão;
- 2) critérios de inclusão;
- 3) estratégia de busca;
- 4) fonte de triagem e seleção das evidências;
- 5) extração de dados;
- 6) análise e apresentação de dados;
- 7) aspectos éticos.

## 4.1 DEFINIÇÃO DA QUESTÃO DE REVISÃO

Utilizou-se o mnemônico Population, Concept e Context (PCC) para a construção da questão de pesquisa. Dessa forma, a constituição do acrônimo foi realizada, utilizando-se o P= Indivíduos que possuem um diagnóstico clínico e/ou estruturado de um transtornos de ansiedade e/ou de um transtorno depressivo; C= Cuidados e intervenções realizados pelos profissionais de enfermagem para a população definida; C= Todos os cenários de saúde, ou seja, atenção primária, atenção secundária e terciária em que ocorrem a assistência de enfermagem, estruturando a seguinte questão: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre intervenções realizadas por profissionais de enfermagem na assistência de pacientes com transtorno de ansiedade e/ou depressão?”.

## 4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os Critérios de inclusão foram definidos de acordo com o mnemônico PCC, os quais estão descritos a seguir:

### **Tipos de participante**

Esta revisão de escopo considerou estudos que abordem sobre indivíduos que possuem um diagnóstico clínico e/ou estruturado de um transtornos de ansiedade e/ou de um transtorno depressivo.

### **Conceito**

Nesta revisão de escopo foram observados cuidados e intervenções realizadas, com foco principal, pelos profissionais de enfermagem para a população definida.

### **Contexto**

Esta revisão levou em consideração todos os ambientes de serviços de saúde, ou seja, atenção primária, atenção secundária e terciária em que ocorrem a assistência de enfermagem.

Em relação aos tipos de fonte de evidência, esta revisão incluiu estudos quantitativos experimentais, e quase experimentais, do tipo ensaio clínico randomizado e não randomizado e estudo do tipo antes e depois. Foram considerados também estudos observacionais, incluindo coortes prospectivas e retrospectivas, estudos do tipo caso-controle e estudos transversais. Relato e séries de casos, bem como estudos qualitativos também foram considerados. Revisões sistemáticas, diretrizes, teses, dissertações e protocolos que abordem sobre intervenções realizadas por profissionais de enfermagem

para o público especificado também foram considerados. Artigos de opinião, cartas e sites foram excluídos, considerando o objetivo do estudo.

A literatura cinzenta foi incluída por teses, dissertações, busca livre de protocolos e diretrizes e pela análise das referências dos estudos incluídos neste estudo.

Os tipos de fontes de evidências foram modificados em relação ao protocolo a priori, visto que revisões sistemáticas, diretrizes e protocolos foram incluídas, para ampliar ainda mais a busca. Além disso, o google acadêmico foi excluído, perante a quantidade de número de artigos exorbitantes identificados a partir da busca realizada pelas revisoras.

### 4.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A construção da estratégia de busca, primeiramente, consistiu em uma pesquisa realizada em janeiro e fevereiro de 2022 nos bancos de dados online PubMed e Portal BVS usando o recurso de “busca avançada” e operadores booleanos OR e AND, representada no quadro 2, seguida por uma análise das palavras do texto contidas no título e no resumo dos artigos recuperados e dos termos de índice usados para descrever os artigos. Assim, definiu-se a seguinte estratégia de busca: (“Depressive Disorder” OR “Depressive Disorders” OR “Anxiety Disorder” OR “Anxiety Disorders”) AND (“Nursing Care” OR “Nursing” OR “Nursing-Led” OR “Nurse-Led” OR “Nursing Intervention”).

**Quadro 2-** 1º busca realizada nas bases de dados BVS e PubMed. Porto Alegre, 2021.

BVS	
(“depressive disorder” OR “depressive disorders” OR “anxiety disorder” OR “anxiety disorders”) AND (“nursing care” or nursing) AND ( fulltext:("1"))	2.186
PUBMED	
#1 (("depressive disorder"[all fields] OR "depressive disorders"[all fields] OR "anxiety disorder"[all fields] OR "anxiety disorders"[all fields])	
#2 ("nursing care"[all fields] OR "nursing"[all fields])) AND (ffrft[filter])	
#1 AND #2	1.453

Fonte: Autor (2022).

Em seguida, foi realizada uma segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e termos de índice identificadas, incluindo os seguintes bancos de dados: U.S. National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL/EBSCO), Web of Science (Clarivate) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificada no Apêndice A. Para a busca dos estudos foram selecionados descritores controlados do Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os estudos foram acessados pelo PubMed e pelo Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

A busca por literatura cinzenta incluiu o Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) e a busca livre de diretrizes e protocolos nas seguintes instituições e órgãos de saúde: NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), na RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario), no Department of Health and Human Services Victoria, na World Health Organization (WHO) e no Webmd Medscape Uk Limited (Chesham).

Ao final, as listas de referências das evidências incluídas na revisão foram pesquisadas à procura de fontes adicionais.

Não foi realizado recorte temporal, também não foram limitados os idiomas e a faixa etária dos pacientes, a fim de realizar melhor mapeamento. O único filtro utilizado em todas as bases de dados foi o “ Full Text”.

#### **4.4 FONTE DE TRIAGEM E SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS**

Após a busca, todos os estudos foram exportados para o software Endnote, o qual foi utilizado para exclusão dos artigos duplicados e gerenciamento de referências. Em seguida, todos os estudos foram exportados para o aplicativo Rayyan para seleção dos artigos que ocorreu de forma independente entre as duas revisoras.

A primeira parte do processo de seleção ocorreu com base na análise dos títulos e resumos dos estudos. Após isso, os artigos selecionados foram analisados na íntegra. Todas as divergências encontradas no processo de seleção foram resolvidas por uma terceira revisora.

Os estudos analisados na íntegra que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos e as razões para sua exclusão são fornecidas no Apêndice B.

#### **4.5 EXTRAÇÃO DE DADOS**

Os dados foram extraídos por somente uma revisora, por conta de limitações, utilizando a ferramenta apresentada no Apêndice C, e a segunda revisora avaliou. Além disso, foi realizado um teste-piloto, aplicando o instrumento com três estudos incluídos.

O instrumento utilizado foi alterado do protocolo a priori, conforme o instrumento modelo apresentado no manual da JBI, com o objetivo de deixá-lo mais específico e alinhado com o objetivo e a questão de pesquisa<sup>37</sup>.

#### **4.6 ANÁLISE DOS DADOS**

Os resultados foram extraídos e mapeados descritivamente, além disso foi realizada contagem de frequência simples das características gerais dos estudos obtidos<sup>37</sup>. O conteúdo dos resultados foi analisado de forma qualitativa descritiva<sup>37</sup>.

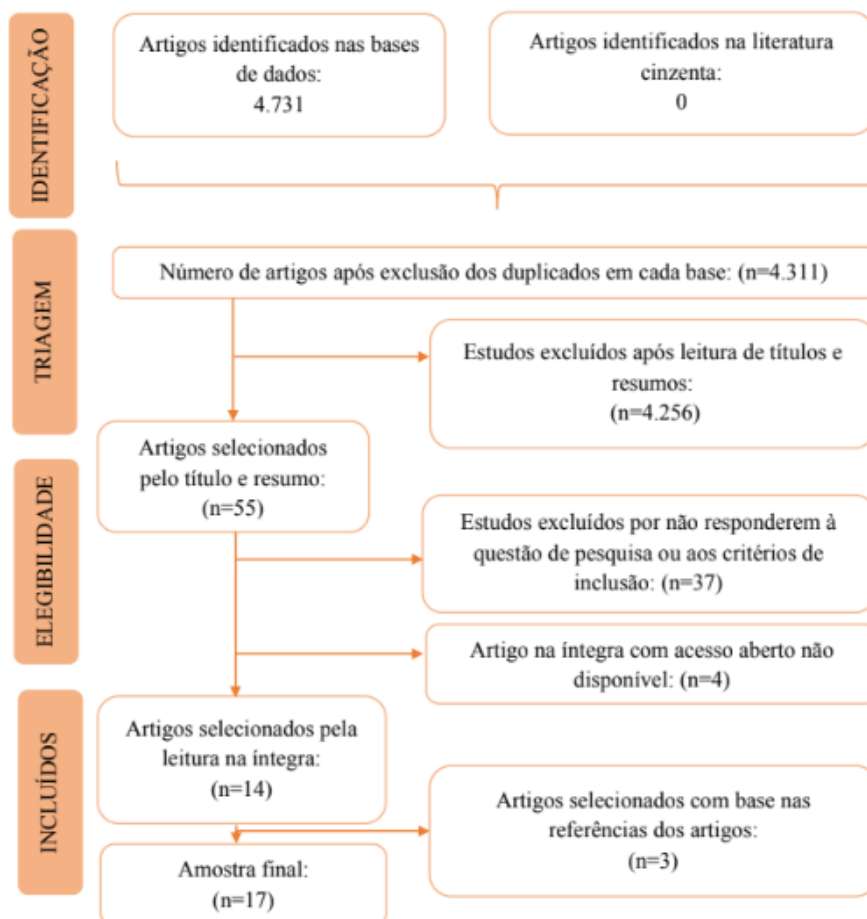
#### **4.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta pesquisa levou em conta os aspectos éticos mantendo a autenticidade de ideias, conceitos e definições, assegurando suas autorias em artigos pesquisados utilizando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 14724:2011 e NBR 10520:2002. Por conta dos dados não envolverem direta ou indiretamente pesquisa com seres humanos ou animais não é necessária a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA. A autora e suas orientadoras se comprometem com a preservação dos dados autorais e a fidedignidade dos dados coletados.

## 5 RESULTADOS

Um total de 4.731 referências foram identificadas por meio da busca sistemática nas bases de dados. A busca na literatura cinzenta não identificou referências adicionais. Após a remoção de duplicatas ( $n = 420$ ), 4.311 publicações permaneceram para análise de títulos e resumos, das quais 55 evoluíram para revisão de texto completo. Após revisão do texto completo, 41 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (Anexo II), totalizando 14 estudos elegíveis para inclusão. Outros 3 registros foram selecionados após a busca manual nas listas de referências dos artigos incluídos. No total, 17 artigos atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionados para extração de dados. O processo de busca, seleção e inclusão dos estudos é mostrado de uma forma mais detalhada na figura 1, com base nas recomendações PRISMA <sup>40</sup>.

Figura 1- Fluxograma da seleção dos estudos que compõem a pesquisa de acordo com o PRISMA ScR. Porto Alegre, 2022.



Fonte: Autora (2022).

Em relação a produção anual dos estudos selecionados, observou-se que 2018 foi o ano com maior número de publicações, totalizando 3 (17,65%) estudos, seguido de 2015

com 2 (11,76%) publicações. Já em 2000, 2003, 2004, 2007, 2008, 2010, 2011, 2013, 2016, 2017, 2019, 2022, foi publicado somente 1 (5,88%) artigo em cada ano.

O Reino Unido se destacou como principal país de publicação, concentrando 6 (35,29%) dos estudos selecionados; seguido da Holanda e do Brasil com 3 (17,65%) artigos cada um; África do sul e Estados Unidos com 2 (11,76%) estudos cada um; e por fim, Japão com somente 1 (5,88%) estudo. Com relação ao idioma, o inglês foi a única língua identificada nos estudos.

A abordagem quantitativa representou a maioria das publicações selecionadas, sendo 9 (52,94%) ensaios clínicos randomizados e 7 (41,18%) ensaios clínicos ou quase experimentais, com somente 1 (5,88%) revisão sistemática com metanálise selecionada.

As publicações, na sua maioria, tinham como sua população, indivíduos com diagnóstico de transtorno de depressão, e uma parcela menor tratava sobre diagnóstico de transtorno de ansiedade. No total, 10 (58,82%) dos artigos abordavam sobre diagnóstico de transtorno depressivo; 4 (23,53%) sobre diagnóstico de transtorno de ansiedade e 3 (17,65%) abordavam sobre ambos diagnósticos.

O quadro 3 apresenta a distribuição dos fatores citados acima.

Quadro 3- Distribuição das características gerais dos artigos selecionados. Porto Alegre, 2022.

<b>Variável</b>	<b>Total (n=17)</b>
<b>Ano de publicação</b>	<b>n (%)</b>
2018	3 (17,65)
2015	2 (11,76)
2000	1 (5,88)
2003	1(5,88)
2004	1(5,88)
2007	1(5,88)
2008	1(5,88)
2010	1(5,88)
2011	1(5,88)
2013	1(5,88)
2016	1(5,88)
2017	1(5,88)
2019	1(5,88)
2022	1(5,88)

<b>País de publicação</b>	<b>n (%)</b>
Reino Unido	6(35,29)
Holanda	3(17,65)
Brasil	3(17,65)
África do Sul	2(11,76)
Estados Unidos	2(11,76)
Japão	1(5,88)
<b>Idioma</b>	<b>n (%)</b>
Inglês	17 (100%)
<b>Delineamento</b>	<b>n (%)</b>
Ensaio Clínico Randomizados	9(52,94)
Ensaio Clínico ou quase experimentais	7(41,18)
Revisão Sistemática com Metanálise	1(5,88)
<b>Diagnóstico</b>	<b>n (%)</b>
Transtorno depressivo	10(58,82)
Transtorno de ansiedade	4(23,53)
Transtorno depressivo e Transtorno de ansiedade	3(17,65)

Fonte: Autora (2022).

A associação entre transtorno de depressão e/ou ansiedade com outra comorbidade foi observada em alguns estudos, a diabetes mellitus tipo II foi identificada em dois estudos<sup>41,42</sup>, o câncer em outros dois<sup>13,43</sup> e o HIV em uma das referências<sup>44</sup>. A amostra de um dos estudos tratou sobre indivíduos idosos com diabetes tipo II ou doença pulmonar obstrutiva crônica<sup>45</sup>.

As intervenções de enfermagem administrada aos pacientes identificadas nos estudos selecionados foram fornecidas de diferentes formas, um estudo trouxe a terapia cognitiva adaptada para ansiedade em saúde<sup>12</sup>, dois utilizaram a auto-ajuda guiada por meio de um livro<sup>41,17</sup> e outros dois resolução de problemas<sup>46,43</sup>, um estudo utilizou o cuidado proativo<sup>47</sup>, a terapia cognitivo-comportamental em grupo foi utilizada em cinco dos estudos selecionados<sup>36,48,15,49,50</sup>, o cuidado escalonado<sup>42,50,51</sup> foi observado em três, a intervenção de terapia cognitivo-comportamental para adesão e depressão<sup>44</sup>, a intervenção psicológica mínima<sup>45</sup>, o gerenciamento de cuidados de depressão<sup>52</sup> e o cuidados com a depressão para pessoas com câncer<sup>13</sup> em somente um estudo cada um.

A maioria dos profissionais eram leigos em relação à intervenção administrada e receberam treinamento por um profissional experiente na área, que geralmente incluía médico ou psicólogo. Somente cinco dos estudos eram compostos por profissionais de enfermagem que já tinham experiência prévia no tratamento fornecido ou eram enfermeiras psiquiátricas ou com especialização em saúde mental <sup>46, 48, 15, 51, 49</sup>

O contexto de atenção primária se destacou entre os estudos <sup>41,46, 47, 17, 50, 42, 51, 44, 45, 52</sup>, seguido da atenção secundária composta por ambientes hospitalares <sup>36, 50, 15, 49</sup>, clínicas especializadas <sup>13, 43, 48, 51</sup> e clínicas médicas <sup>12</sup>.

Um resumo descritivo com a amostra, as intervenções e os contextos dos artigos selecionados é apresentado no quadro 4.

**Quadro 4-** Resumo descritivo da população, das intervenções e dos contextos dos artigos selecionados. Porto Alegre, 2021.

<b>Autores/ Ano</b>	<b>População</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Contexto</b>
Tyrer et al. (2015)	Pacientes médicos que apresentam ansiedade patológica de saúde e diagnóstico de hipocondria.	A terapia cognitiva adaptada para ansiedade em saúde foi administrada aos pacientes. Duas enfermeiras juntamente com outros terapeutas leigos sobre TCC foram treinados em duas oficinas realizadas por supervisores, que incluíram médicos e psicólogos.	Clínicas Médicas
Meeuwisen et al. (2011)	Indivíduos com transtornos de ansiedade e depressão com DM2.	A intervenção realizada foi auto-ajuda guiada por meio de um livro. Os pacientes foram orientados e monitorados individualmente em três a cinco sessões com os enfermeiros. O treinamento dos enfermeiros ocorreu em quatro sessões, que trataram sobre diagnóstico e tratamento de transtornos de ansiedade e depressão e co-ocorrência com diabetes.	Clínica geral e domicílio.
Mynors-Wallis et al. (2000)	Pacientes com depressão maior.	A intervenção foi composta por quatro grupos: grupo de tratamento combinado, os pacientes receberam seis sessões para tratamento de medicamentos pelo clínico geral da pesquisa,	Atenção primária

		<p>juntamente com seis sessões de tratamento para resolução de problemas pela enfermeira da prática da pesquisa; tratamento de resolução de problemas, o qual foi fornecido por um dos três clínicos gerais ou por um dos dois enfermeiros; tratamento medicamentoso que foi dado pelos clínicos gerais. Os pacientes nos três grupos de tratamento único receberam seis sessões de tratamento ao longo de 12 semanas. Os enfermeiros deste estudo eram terapeutas experientes em resolução de problemas e os clínicos gerais receberam treinamento teórico em resolução de problemas de um terapeuta experiente.</p>	
Buszewicz et al. (2018)	Participantes com depressão maior crônica/recorrente ou distímia.	<p>A intervenção, denominada cuidado proativo, foi realizada por profissionais de enfermagem, que forneceram um total de 10 consultas, durante 24 meses. Inicialmente, um plano de gerenciamento conjunto foi formulado entre os enfermeiros e seus pacientes. Em cada sessão, as enfermeiras perguntavam sobre o humor atual dos pacientes, revisavam suas circunstâncias sociais, tratamento atual e quaisquer efeitos colaterais, além de discutirem as suas dúvidas e sua concordância sobre o tratamento atual ou passado. Os pacientes também receberam um livreto educacional projetado para o estudo, que incluía informações sobre depressão. Os enfermeiros receberam breve treinamento em técnicas de resolução de problemas e entrevista motivacional. A equipe de pesquisa forneceu treinamento de 3 dias para todos os enfermeiros participantes.</p>	Clínicos gerais
Richards et al. (2003)	Pacientes com ansiedade e/ou depressão leve a	Os enfermeiros ensinaram os pacientes a usar um livro de auto-ajuda — Gerenciando Ansiedade e Depressão — cartilha desenvolvida para atenção	Atenção Primária

	moderada.	primária, com base em técnicas de terapia cognitivo-comportamental. As duas primeiras consultas, oferecidas com uma semana de intervalo, tiveram como foco a familiarização com a cartilha e sua aplicação nos problemas dos pacientes. Por fim, os pacientes então usaram a cartilha em casa e receberam uma terceira revisão 3 meses depois. Os enfermeiros da prática receberam treinamento de 3 dias usando o livro na forma de uma 'tecnologia de saúde'.	
Tanoue et al. (2018)	Pacientes com Diagnóstico primário de transtorno depressivo maior (TDM).	Foi fornecido aos pacientes um programa de TCC em grupo, que foi constituído por seis sessões semanais de 90 minutos. Ao longo das seis sessões, foram incluídos os seguintes elementos: motivação e psicoeducação, técnicas cognitivas, técnicas comportamentais e técnicas de resolução de problemas. Um dever de casa foi fornecido após cada sessão. Cada grupo era composto por 3 a 4 participantes. As sessões do programa foram conduzidas por uma enfermeira líder e um ou dois facilitadores. Os enfermeiros líderes já haviam liderado mais de três outros programas de TCC em grupo. Os facilitadores foram enfermeiros atuantes em ambulatórios e/ou psicólogos clínicos.	Hospital psiquiátrico e um hospital geral
Strong et al. (2008)	Paciente com câncer e transtorno depressivo maior.	Os pacientes receberam no máximo 10 sessões individuais ao longo de 3 meses de uma intervenção intitulada "Cuidados com a Depressão para Pessoas com Câncer", que compreendeu educação sobre a depressão e seu tratamento (incluindo medicação antidepressiva); resolução de problemas, ensinar aos pacientes estratégias de enfrentamento destinadas a superar sentimentos de desamparo; e comunicação sobre o manejo do transtorno depressivo maior com o oncologista e o	Centro regional de câncer

		<p>médico de cuidados primários de cada paciente. Cada sessão de tratamento de 45 minutos foi ministrada por um dos três enfermeiros oncológicos, que seguiram um manual detalhado. As enfermeiras não tinham experiência anterior em psiquiatria e foram treinadas para realizar a intervenção usando materiais escritos, tutoriais e prática supervisionada por pelo menos 3 meses. Um psiquiatra revisava o progresso dos pacientes com as enfermeiras toda semana.</p>	
Sharpe et al. (2004)	Pacientes ambulatoriais com diagnóstico de câncer e transtorno depressivo maior	<p>A intervenção compreendeu educação sobre depressão, até 10 sessões de 30 minutos de terapia de resolução de problemas os pacientes foram encorajados, no contexto da resolução de problemas, a considerar consultar seu médico de família para discutir a terapia antidepressiva, e por último coordenar e monitorar o tratamento do paciente em relação ao transtorno depressivo. A enfermeira oncológica recebeu treinamento de 6 meses, sendo supervisionada semanalmente por um psiquiatra. As sessões de tratamento ocorreram semanalmente no hospital ou quando necessário em casa ou por telefone. Após o tratamento, os pacientes foram informados de que poderiam entrar em contato com a enfermeira para sessões de “reforço”.</p>	Clínicas de oncologia
Chetty et al. (2013)	Mulher com transtorno de depressão	<p>A intervenção do grupo cognitivo administrado pela enfermeira seguiu os princípios da terapia cognitiva em grupo, sendo focado na resolução de problemas. As sessões de grupo eram realizadas semanalmente, durante uma a duas horas de duração em 15 sessões em grupo. A intervenção abordou os seguintes tópicos: estabelecimento de metas, depressão, auto-estima, relacionamentos,</p>	Clínica psiquiátrica comunitária urbana

		assertividade, gerenciamento de conflitos, estresse, nutrição e construção de força, exercícios. Estar ciente de pensamentos negativos, comportamentos negativos, aprender mais habilidades de enfrentamento eficazes, eliminando a defesa negativa e obter insights sobre sua própria dependência e desamparo. O grupo foi facilitado por uma enfermeira psiquiátrica avançada com a assistência de uma enfermeira psiquiátrica qualificada e registrada.	
Amaral et al. (2022)	Indivíduos com diagnóstico de transtorno de ansiedade	A revisão sistemática identificou estudos em que o enfermeiro realizou intervenções para transtornos de ansiedade. Dos seis estudos apresentados, cinco utilizaram TCC. As intervenções foram: 1) Terapia Cognitiva adaptada para ansiedade de saúde baseada no modelo de Salkovskis et al. (2003). Foi oferecido tratamento entre 5 a 10 sessões de uma hora cada, também, foi oferecido sessões de reforço após o fim da terapia, se necessário; 2) modelo escalonado que começa com uma intervenção mínima (auto-ajuda guiada) na atenção primária e vai intensificado para um atendimento especializado em SM quando necessário. Três algoritmos: ansiedade, depressão, estresse; 3) Livreto de autoajuda baseada na terapia cognitivo-comportamental; 4) Uso de um protocolo de TCCG de 12 sessões: psicoeducação, técnicas para lidar com a ansiedade, correções cognitivas, exposição interoceptiva e naturalística 5) Uso de um protocolo de TCCG com 16 sessões sendo 12 com psicoeducação, técnicas para lidar com a ansiedade, correções cognitivas, exposição interoceptiva e naturalística e 04 adicionais com técnicas de solução de problemas, estratégias de	Atenção primária e secundária

		enfrentamento, promoção da resiliência e comunicação assertiva; 6) Uso de técnicas para a redução da ansiedade, relaxamento, redução do estresse, intervenção em crise, controle da raiva e aconselhamento.	
Simon et al. (2007)	Pacientes com Diabetes Mellitus e Depressão	A intervenção seguiu um modelo de cuidado escalonado, com o tratamento sendo farmacoterapia antidepressiva ou psicoterapia estruturada. Para pacientes que já usam medicação antidepressiva na linha de base, a etapa 1 inclui ajuste da medicação ou adição de psicoterapia estruturada. Para pacientes que não responderam ao tratamento da etapa 1, a etapa 2 incluiu a adição de uma segunda modalidade de tratamento (por exemplo, adição de farmacoterapia para aqueles que começam com psicoterapia) e/ou ajuste de medicação (por exemplo, mudança de dose, troca de medicação ou aumento). Para aqueles que não responderam após 12 semanas, a etapa 3 incluiu consulta pessoal com um dos psiquiatras do estudo e/ou encaminhamento para cuidados de saúde mental especializados. A psicoterapia estruturada concentrou-se no desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas mais eficazes e incluiu tarefas de casa estruturadas entre as sessões. Cada enfermeira recebeu 1 semana de treinamento inicial e demonstrou proficiência em resolução de problemas durante o tratamento de 4 casos de prática.	Clínicas de cuidados primários do Group Health Cooperative (GHC)
Behenck et al. (2017)	Paciente com diagnóstico de transtorno de pânico (TP).	Foram realizadas 12 sessões semanais de Terapia Cognitivo Comportamental em grupo (TCCG) de 90 minutos com psicoeducação, técnicas de enfrentamento da ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e naturalista e	Atenção primária

		exposição ao vivo a situações evitadas. Os grupos foram coordenados por duas enfermeiras (terapeuta e co-terapeuta) especialistas em saúde mental e com experiência anterior em TCCG.	
Oosterba a et al. (2013)	Pacientes com diagnóstico de transtornos mentais comuns	<p>Pacientes com ansiedade leve ou moderadamente grave ou transtornos depressivos iniciaram o tratamento com um tratamento de primeira etapa na atenção primária. Os pacientes com transtorno grave foram encaminhados diretamente ao ambulatório do serviço especializado de saúde mental para o tratamento de segunda etapa e receberam TCC e antidepressivos. Primeiramente, foi oferecido aos pacientes um curso de autoajuda que consistiu em apostilas de psicoeducação e exercícios cognitivos e comportamentais, administrado pela enfermeira psiquiátrica no consultório ou a domicílio durante 3 a 5 meses em cinco sessões de 45 minutos. Além da auto-ajuda guiada, os pacientes com ansiedade moderadamente grave ou transtorno depressivo receberam medicação antidepressiva de acordo com o transtorno específico. O tratamento oferecido na etapa dois consistiu na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) associada com antidepressivos fornecidos no serviço de saúde mental especializado ambulatorial.</p> <p>Enfermeiras psiquiátricas participaram de uma sessão de treinamento de 2 dias em estratégias básicas de TCC. Além disso, a supervisão em grupo para feedback e adesão ao manual ocorreu a cada 2 semanas com um terapeuta comportamental experiente.</p>	Atenção primária e atenção de saúde mental especializada, consultório ou domicílio

Andersen et al. (2018)	Paciente com HIV e depressão	Foi realizada por enfermeiras clínicas uma intervenção que integra a TCC para depressão com uma abordagem cognitivo-comportamental para aconselhamento de adesão (intervenção de terapia cognitivo-comportamental para adesão e depressão (TCC-AD). Nesse sentido, foi desenvolvida uma intervenção baseada em TCC-AD, com enfermeiros clínicos, usando uma abordagem de compartilhamento de tarefas (Ziphamandla), que se adaptou ao contexto da África do Sul. A terapia compreendeu 5 módulos: Módulo 1. Psicoeducação e entrevista motivacional; Módulo 2. Passos da Vida; Módulo 3. Agendamento de atividades; Módulo 4. Resolução de problemas; Módulo 5. Treinamento de relaxamento. A duração do tratamento foi adaptada às necessidades do paciente (variando de seis a oito sessões). O treinamento ocorreu uma vez por semana durante 4 horas. Após 88 horas de treinamento, os intervencionistas passaram por uma avaliação para determinar sua prontidão para iniciar o tratamento.	Clínicas de atenção primária ao HIV
Lamers et al. (2010)	Idosos cronicamente doentes com depressão	Os pacientes receberam a intervenção psicológica mínima que contém elementos do Programa de Autogestão de Doenças Crônicas (CDSMP) de Lorig e Gonzales, do modelo de Reatribuição de Goldberg e do trabalho do grupo de projeto do Interventie Studie Eerste Lijn (INSTEEL). A intervenção visou ensinar os pacientes a assumirem a responsabilidade pelo gerenciamento diário de sua doença e suas consequências. Em suma, consistiu em cinco fases que combinaram TCC e autogestão; reatribuição de cognições negativas e resolução de problemas. Quatro enfermeiros sem experiência específica em saúde mental realizaram	

		um curso de treinamento de 4 dias ministrado por psiquiatra, clínico geral e psicólogo. No curso, os enfermeiros aprenderam como detectar depressão e como tratar pacientes com técnicas baseadas em autogestão e TCC. Durante o estudo, os pacientes receberam de 2 a 10 visitas durante um período de (no máximo) 3 meses.	
Wesner et al. (2019)	Pacientes com transtorno do pânico (TP)	Pacientes com transtorno de pânico receberam 12 sessões de Terapia Cognitivo Comportamental em grupo (TCCG) que foram realizadas semanalmente. Foram utilizados os seguintes elementos da TCC: psicoeducação, técnicas de controle da ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e naturalística e, finalmente, exposição in vivo. Após receberam 04 sessões semanais extras sobre estratégias de enfrentamento, comunicação assertiva e resiliência. Todas as sessões tiveram 90 minutos de duração. As sessões foram conduzidas por duas enfermeiras com experiência prévia em TCC e um residente psiquiátrico.	Atenção primária e secundária
Bruce et al. (2015)	Pacientes idosos com diagnóstico de depressão.	Os pacientes receberam uma intervenção denominada CARE for PATients at Home (CAREPATH) que exige que enfermeiros administrem a depressão durante visitas domiciliares de rotina por meio de avaliação semanal de sintomas, gerenciamento de medicamentos, coordenação de cuidados, educação, estabelecimento de metas. A formação totalizou 7 horas (4 presenciais, 3 web).	Domicílio

Fonte: Autora (2022).

Em relação aos sintomas depressivos e/ou de ansiedade, a maioria dos estudos indicou uma melhora nos pacientes quando submetidos a intervenções realizadas por profissionais de enfermagem<sup>12, 41, 46, 36, 13, 43, 48, 50, 42, 15, 51, 44, 45, 49</sup>. Observou-se que essa

melhora foi mantida a curto e/ou a longo prazo<sup>12, 41, 46, 13, 43, 48, 50, 42, 51, 44, 45</sup>. Um dos estudos não encontrou melhoras nos sintomas depressivos de forma geral, no entanto foi encontrada uma melhora significativa no grupo com depressão moderada a grave<sup>52</sup>. Somente um estudo não encontrou nenhuma melhora significativa nos sintomas depressivos nos indivíduos que receberam uma intervenção de enfermagem<sup>47</sup>.

Quando comparado a outros terapeutas e psicólogos, uma intervenção administrada por profissionais de enfermagem demonstrou ser mais eficaz na redução da ansiedade e depressão em um dos estudos selecionados<sup>12</sup>. Enquanto que outros dois estudos que realizaram uma comparação com clínicos gerais não apontaram diferenças nos desfechos clínicos, mas da mesma forma demonstram resultados benéficos aos pacientes que receberam cuidados dos (as) enfermeiros (as)<sup>17,46</sup>. Um dos estudos mostrou que não há diferença no resultado se a intervenção de resolução de problemas for administrada por um clínico geral ou por uma enfermeira, sendo que os pacientes em todos os grupos mostraram uma melhora notável durante o período de tratamento de 12 semanas e até mesmo no seguimento de 52 semanas<sup>46</sup>. Já a outra referência apontou que por mais que os resultados clínicos sejam semelhantes entre os enfermeiros em comparação com o atendimento comum por médicos de clínica geral, os pacientes ficaram mais satisfeitos e foram encaminhados com uma frequência menor a outros serviços de saúde quando atendidos pelo enfermeiro<sup>17</sup>.

A redução de medicamentos foi outro resultado observado nas referências<sup>47, 50, 49</sup>. Um dos estudos apontou a diminuição significativa do uso de antidepressivos<sup>47</sup> e outros dois trouxeram a redução do uso de benzodiazepínicos<sup>49,50</sup>.

A melhora do funcionamento social e da qualidade de vida dos pacientes com transtorno depressivo e/ou ansiedade foi outro resultado identificado nos estudos selecionados. Dois estudos trouxeram como resultado a melhora do funcionamento social<sup>12,47</sup> e outros três a melhora da qualidade de vida nos pacientes<sup>41, 45, 49</sup>.

Alguns estudos apontaram que as intervenções administradas por profissionais de enfermagem são viáveis, possuem uma maior aceitabilidade por parte dos pacientes e possuem uma relação custo-benefício positiva<sup>36,13,43,50,51,45,42</sup>. Em um dos estudos selecionados os pacientes atendidos por enfermeiras tiveram mais sessões de tratamento e a taxa de abandono foi menor quando comparados a outros terapeutas<sup>12</sup>. Outros três demonstraram ser viável treinar e entregar uma intervenção realizada por enfermeiros (as)<sup>13,43,45</sup>. No total, três referências citaram uma excelente aceitabilidade dos pacientes quando recebiam uma intervenção entregue por profissionais de enfermagem<sup>36,45,51</sup>. Por último, o benefício econômico foi outro fator citado em três artigos selecionados<sup>13, 50, 42</sup>.

O quadro 5 apresenta quais são os objetivos e os principais resultados encontrados nas referências selecionadas.

**Quadro 5-** Apresentação dos objetivos e dos principais resultados dos estudos selecionados. Porto Alegre, 2021.

<b>Referência</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
(45)	Avaliar a eficácia de uma intervenção psicológica mínima liderada por enfermeiros em idosos cronicamente doentes com depressão.	A intervenção colaborou com a diminuição significativa dos sintomas depressivos nos idosos cronicamente doentes, colaborando também para melhora da qualidade de suas vidas, demonstrando ser um método viável e altamente satisfatório e aceitável para os pacientes e enfermeiros.
(51)	Avaliar a eficácia dos cuidados escalonados colaborativos no tratamento de transtornos mentais comuns.	O acompanhamento de 4 meses resultou em diferenças significativas entre os grupos, demonstrando uma resposta e remissão mais rápida dos sintomas no grupo que recebeu a intervenção.
(42)	Avaliar o custo incremental e custo-efetividade de um programa sistemático de tratamento da depressão entre pacientes ambulatoriais com diabetes.	Os cuidados colaborativos para pacientes com diabetes e depressão comórbida produziram um aumento significativo e sustentado, durante os 24 meses, de dias livres de depressão. O valor econômico geral da intervenção inclui economia de custos e benefícios clínicos.
(50)	Realizar uma revisão sistemática para avaliar a qualidade da evidência das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros na assistência a indivíduos com transtornos de ansiedade.	Os resultados indicam que as intervenções terapêuticas realizadas pelos enfermeiros aos indivíduos com transtornos de ansiedade, colaboram com a melhora significativa da redução dos níveis de ansiedade, redução do uso de drogas, melhora do autocontrole e remissão dos sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade e comorbidades.
(12)	Comparar em uma análise secundária planejada de	Os pacientes atendidos pelas enfermeiras tiveram mais sessões de tratamento e

	dados de um estudo randomizado de terapia cognitivo-comportamental adaptada para ansiedade em relação à saúde, os resultados da terapia realizada por enfermeiros e outros grupos profissionais.	menores taxas de abandono, e viram mais pacientes do que qualquer um dos outros terapeutas. Os resultados deste estudo sugerem que os enfermeiros seriam mais apropriados do que os psicólogos assistentes no fornecimento dessa intervenção em ambientes médicos.
(41)	Desenvolver e avaliar uma intervenção para transtorno de ansiedade e transtorno depressivo maior em pacientes com diabetes tipo 2 por enfermeiros na atenção primária que exija o mínimo esforço de todos os cuidadores envolvidos.	O estudo piloto indicou que a realização de acompanhamento, triagem, encaminhamento adequado e intervenção da auto-ajuda guiada, para pacientes com DM2 e transtornos de ansiedade e/ou depressão, por profissionais de enfermagem resultou em melhorias no estado de saúde mental, funcionamento geral e qualidade de vida, bem como reduziu significativamente as emoções negativas relacionadas ao diabetes.
(46)	Determinar se a intervenção resolução de problemas combinado com medicação antidepressiva é mais eficaz do que qualquer tratamento sozinho no manejo da depressão maior na atenção primária. Avaliar a eficácia da resolução de problemas quando administrado por enfermeiros em comparação com clínicos gerais quando ambos foram treinados na técnica.	O artigo apontou que não existe diferença na aplicação de resolução de problemas, quando administrados por profissionais de enfermagem ou clínicos gerais devidamente treinados. Ademais, os resultados demonstraram que os pacientes em todos os grupos apresentaram e mantiveram uma melhora notável durante e após o tratamento.
(47)	Avaliar se o cuidado proativo estruturado e liderado por	A intervenção realizada pelos profissionais de enfermagem não demonstrou melhoras

	enfermeiros de pacientes com depressão crônica na atenção primária melhora os resultados.	significativas em relação aos escores de depressão ou qualidade de vida, no entanto, demonstrou reduzir o uso de antidepressivos e melhorias importantes no trabalho e no funcionamento social dos participantes.
(17)	Determinar as diferenças no resultado clínico, satisfação do paciente e custos, entre um pacote de auto-ajuda cognitivo-comportamental facilitado por enfermeiros em comparação com o atendimento comum por médicos de clínica geral para ansiedade e depressão leves a moderadas.	O estudo mostrou que os pacientes apoiados pelos enfermeiros alcançaram resultados clínicos semelhantes e custos semelhantes, além de ficarem mais satisfeitos e o encaminhamento a outros serviços acontecer com menos frequência em comparação aos pacientes tratados por médicos de clínicas gerais com os cuidados usuais.
(44)	Avaliar se Ziphamandla é viável e aceitável para pacientes e provedores (medido pela retenção de pacientes e fidelidade do provedor à intervenção) e se há melhorias nos sintomas depressivos, no funcionamento e na adesão à terapia antirretroviral (TARV).	A intervenção com Ziphamandla foi aceitável e viável para os pacientes. Em relação à adesão, daqueles que completaram o tratamento, a maioria dos participantes mantiveram a adesão ideal à TARV durante todo o período do estudo. No entanto, não foram encontradas melhorias significativas na adesão à TARV após o tratamento. Por último, a intervenção demonstrou melhorias nos sintomas depressivos e no funcionamento entre pessoas vivendo com HIV.
(52)	Determinar se, entre os idosos beneficiários do Medicare Home Health com triagem positiva para depressão, os pacientes de enfermeiros que receberam randomização para uma	A principal descoberta é que, entre os pacientes de cuidados médicos domiciliares com triagem positiva para depressão, uma intervenção de enfermagem em saúde domiciliar não melhorou os escores de depressão em geral. No entanto, entre o subgrupo com depressão mais significativa, a

	<p>intervenção melhora significativa nos sintomas depressivos durante 1 ano comparados aos pacientes que recebem cuidados habituais aprimorados.</p>	<p>intervenção foi associada a uma diminuição significativa dos sintomas depressivos em comparação com os cuidados habituais aprimorados. A diferença entre os grupos foi significativa em três meses, e seguiu aumentando essa diferença ao longo de um ano.</p>
(15)	<p>Identificar os fatores terapêuticos considerados mais úteis pelos pacientes durante a TCCG. Além disso, objetivamos investigar a relação entre a classificação do paciente de fatores terapêuticos e estágios específicos da TCCG.</p>	<p>A intervenção em grupo realizada pelos profissionais de enfermagem proporcionou aos pacientes um local acolhedor para tratar questões importantes relacionadas à vida com TP, permitindo uma melhor compreensão da realidade versus sintomas. Além disso, observou-se um aumento significativo na classificação de altruísmo, autocompreensão e orientação.</p>
(36)	<p>Examinar a viabilidade e aceitabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo liderada por enfermeiros para pacientes japoneses com depressão.</p>	<p>Os resultados do estudo indicaram que 6 semanas de TCC em grupo liderada por enfermeiras levaram a uma redução significativa na gravidade do TDM entre os pacientes japoneses e obteve excelente aceitabilidade dos participantes, com taxas pequenas de evasão.</p>
(43)	<p>Realizar uma avaliação preliminar da viabilidade e eficácia de uma intervenção realizada por enfermeiros oncológicos em pacientes ambulatoriais de oncologia.</p>	<p>Essa comparação preliminar da intervenção realizada pela enfermeira com os cuidados usuais sugere que é viável treinar uma enfermeira, realizar a intervenção, embora com uma alta taxa de recusa do paciente, e obter a cooperação dos médicos. Também produz um resultado substancialmente melhor para os pacientes. O efeito benéfico é aparente no final da fase de tratamento ativo (3 meses) e é amplamente mantido no ponto de acompanhamento (6 meses).</p>

(49)	Avaliar a resposta a quatro sessões de resiliência e estratégia de enfrentamento adicionadas ao protocolo padrão de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para TP.	A adição de sessões com novas estratégias de enfrentamento aumentou significativamente os níveis de resiliência do grupo de intervenção em relação aos do grupo controle, o uso de benzodiazepínicos após TCCG diminuiu no grupo intervenção e aumentou no grupo controle. A mudança nas estratégias de enfrentamento foi significativa em ambos os grupos. Assim como, foi encontrada melhora na qualidade de vida em todos os domínios em ambos os grupos ao longo do tempo.
(13)	Avaliar a eficácia e o custo de uma intervenção complexa realizada por enfermeiros que foi projetada para tratar o transtorno depressivo maior em pacientes com câncer; Investigar se a adição dessa intervenção aos cuidados habituais poderia alcançar uma redução maior nos sintomas depressivos em 3 meses do que os cuidados habituais sozinhos e se isso seria sustentado em 6 e 12 meses.	A intervenção realizada pelos profissionais de enfermagem a pacientes com câncer melhorou os sintomas de depressão mais do que os cuidados habituais sozinhos. Observou-se melhora na ansiedade e fadiga, mas não na dor ou no funcionamento físico. A intervenção se mostrou ser um modelo viável, econômico e aceitável para o tratamento eficaz da depressão comórbida em pacientes que frequentam serviços médicos. Ademais, o efeito do tratamento se manteve em 12 meses, mesmo que a intervenção tenha sido breve, composta por 3 meses de sessões e mais 3 meses de acompanhamento.
(48)	O objetivo do estudo foi determinar a eficácia de uma intervenção do grupo cognitivo facilitado pela enfermeira como adjuvante da medicação antidepressiva,	A intervenção foi eficaz na redução dos níveis de depressão. As mulheres aprenderam a resolver problemas, bem como apoiar umas às outras e a construir vínculos positivos, desenvolver novas habilidades de enfrentamento e aliviar a si mesmas de um

	em mulheres deprimidas leves a moderadas.	pouco da culpa, perda e tristeza que tinham.
--	--	--

Fonte: Autora (2022).

## 6 DISCUSSÃO

Mapear na literatura científica intervenções realizadas por profissionais de enfermagem para indivíduos com transtorno de ansiedade e/ou depressão permitiu identificar que esses cuidados resultam em melhoras dos sintomas de ansiedade e depressão em curto e/ou em longo prazo, colaboram com a redução do uso de medicamentos, melhoram a qualidade de vida e funcionamento social e aceitabilidade por parte dos pacientes, além de, reduzir custos para o sistema de saúde.

Sabe-se que o transtorno de ansiedade e o transtorno de depressão são os dois distúrbios mentais mais prevalentes no mundo e causam uma alta demanda global nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária <sup>1,2</sup>. No entanto, o acesso a serviços de saúde mental e profissionais como psiquiatras e psicólogos ainda é limitado <sup>15,43</sup>. Nesse sentido, alguns estudos mencionaram que é viável e eficaz treinar profissionais de enfermagem para o fornecimento de diferentes intervenções para indivíduos com ansiedade e/ou depressão <sup>13,43,45,50,44</sup>, ainda com uma excelente aceitabilidade por parte dos pacientes <sup>36,44</sup>.

Achados recentes afirmaram que homens e mulheres com esses transtornos mentais, principalmente quando concomitantes, estão associados a maiores taxas de aquisição de condições crônicas, o que acarreta em maiores complicações para a saúde do paciente e maiores custos <sup>53</sup>. Diferentes intervenções encontradas na literatura administradas por enfermeiras para pacientes com depressão e/ou ansiedade e outra doença crônica associada como câncer, diabetes mellitus 2 (DM II) e doença pulmonar obstrutiva crônica evidenciaram resultados significativamente benéficos aos pacientes, como a melhora da saúde mental, do funcionamento geral, da qualidade de vida, dos sintomas de depressão da ansiedade e da fadiga e o aumento do tempo livre de depressão <sup>41, 42, 45, 43, 13</sup>. Além disso, esses mesmos estudos mostraram que o cuidado fornecido por enfermeiras (os) se apresentou como um modelo viável, econômico e aceitável <sup>13, 42, 45</sup>. Isso destaca a importância de ampliar o papel desses profissionais na área da saúde mental, para que os custos e as complicações envolvendo a saúde do paciente possam ser reduzidos.

Idosos, na maioria das vezes, não possuem suas necessidades de saúde mental atendidas pela falta de diagnóstico e encaminhamento adequado e ainda relutam em receber esse tipo de serviço por conta da existência de um estigma social <sup>54,55</sup>. Visto isso, esse grupo de indivíduos também se beneficiou com as intervenções lideradas por profissionais de enfermagem. Um protocolo de gerenciamento de depressão integrado por

enfermeiros (as) foi fornecido a idosos nos seus domicílios, resultando em melhorias nos sintomas depressivos para os pacientes com depressão moderada e grave <sup>52</sup>. Uma outra intervenção liderada por enfermeiros (as) para idosos com depressão e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) também foi capaz de reduzir os sintomas de depressão, e ainda melhorar os sintomas de ansiedade e a qualidade de suas vidas <sup>56</sup>.

Estudos de atenção primária indicam que menos de uma pessoa em cada duas recebe um tratamento farmacológico e psicológico minimamente adequado com base em diretrizes de prática clínica para ansiedade ou depressão <sup>57,58</sup>. Enfermeiros da atenção primária estão constantemente recebendo pacientes com problemas de saúde mental, no entanto não se sentem preparados por conta da carência de conhecimento, habilidade e formação voltado ao atendimento desse público <sup>59,60</sup>.

Buszewicz et al. (2018) demonstrou em seu estudo que enfermeiros aplicando uma intervenção de resolução de problemas para pacientes com transtorno de depressão proporcionou uma melhora notável aos indivíduos, que se manteve durante 52 semanas, evidenciando que é possível fornecer um treinamento breve e adequado para profissionais de enfermagem no contexto da atenção primária e que ao mesmo tempo seja eficaz <sup>46</sup>. Da mesma forma, Richards et al. (2003) apontou em seu estudo que a autoajuda cognitivo comportamental facilitada por enfermeiras para indivíduos com depressão e/ou ansiedade conferiu benefícios clínicos, maior satisfação por parte dos pacientes e custos indiferentes aos cuidados habituais <sup>17</sup>. Tais achados possibilitam concluir que esses profissionais da saúde possuem a potencialidade de garantir aos pacientes com ansiedade e/ou depressão um acesso de qualidade aos serviços de saúde mental na atenção primária.

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) foi a técnica mais utilizada nas intervenções, sendo realizada de diferentes maneiras como em grupos <sup>35, 48, 15, 49, 50</sup> ou por meio de sessões individuais <sup>12, 44</sup>. No mundo, principalmente no Reino Unido, os enfermeiros já vêm desempenhando um papel importante no fornecimento da TCC para diferentes transtornos mentais <sup>36</sup>. Um estudo na década de 1970, demonstrou que enfermeiras administrando TCC eram mais eficazes na administração dessa técnica em comparação a psicólogos e psiquiatras <sup>11</sup>. Posteriormente, um estudo randomizado de TCC adaptada para ansiedade em relação à saúde, que também realizou a comparação dos resultados da terapia realizada por enfermeiros e outros grupos profissionais mostrou que pacientes atendidos pelas enfermeiras tiveram mais sessões de tratamento e menores taxas de abandono em relação aos outros terapeutas <sup>12</sup>.

No Brasil, apesar da potencialidade da enfermagem na aplicação da TCC, esta prática ainda não é muito estimulada no contexto da saúde mental <sup>15</sup>, diferentemente de

outras áreas da saúde, nas quais a TCC já é frequentemente utilizada como para pacientes com dor crônica e feridas crônicas<sup>61,62,63</sup>. Na literatura foram encontrados somente dois estudos que forneceram Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG) para pacientes com transtorno de pânico, os quais proporcionaram uma melhora significativa nos sintomas de ansiedade e depressão dos indivíduos<sup>12,49</sup>. Ademais, esses dois estudos possuem autoras em comum, reforçando que é uma temática ainda pouco explorada no país. Ainda que essa técnica não seja incentivada na realidade da saúde mental brasileira, é possível encontrar especializações da TCC que incluem profissionais de enfermagem, em instituições relevantes nacionalmente, como exemplo na Universidade Federal de São Paulo (USP) e na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

O cuidado escalonado colaborativo foi outra intervenção presente nos estudos, sendo um modelo de tratamento cada vez mais popular para transtornos mentais comuns, devido a diferença entre a demanda e a oferta de serviços de saúde disponíveis, possuindo o potencial de reduzir a carga existente no contexto da saúde mental e aumentar o alcance e a disponibilidade dos serviços nessa área<sup>64</sup>. Simon et al. (2007) reforçou os benefícios econômicos dessa intervenção, por meio da entrega do cuidado escalonado por enfermeiras que administraram uma intervenção de resolução de problemas e clínicos gerais de farmacoterapia para pacientes com depressão<sup>42</sup>. Já Oosterbann et al. (2013) encontrou diferenças significativas nas taxas de resposta e remissão entre o grupo que recebeu os cuidados habituais e o cuidado escalonado colaborativo de enfermeiras por meio de auto-ajuda guiada e clínicos gerais por meio da farmacoterapia após 4 meses, sugerindo que os pacientes tratados com os cuidados escalonados apresentam uma resposta e remissão mais rápidas dos sintomas<sup>51</sup>.

As intervenções em grupo são consideradas apropriadas e vantajosas aos pacientes em tratamento da depressão por proporcionar ao indivíduo o relacionamento com outras pessoas do grupo, conseqüentemente aumentando seu contato social<sup>65</sup>. Da mesma forma, um estudo em que enfermeiras forneceram terapia cognitivo comportamental em grupo (TCCG) para mulheres deprimidas, mostrou que as pacientes construíram vínculos positivos com as outras participantes e aprenderam novas habilidades de enfrentamento<sup>48</sup>. Ainda, outra referência que abordou a TCCG aplicado por duas enfermeiras psiquiátricas e um médico psiquiatra para pacientes com transtorno depressivo, concluiu que os indivíduos após receberem a intervenção obtiveram melhoras no seu nível de otimismo e autoestima, conceitos esses que geralmente são afetados nos pacientes com depressão ou podem levar a gravidade dos sintomas depressivos<sup>66</sup>. No contexto da saúde mental brasileira a TCCG em grupo poderia ser uma alternativa de intervenção potencial,

levando em conta questões econômicas e a possibilidade de abranger um número maior de pacientes <sup>15,16</sup>.

Wesner et al. (2019) e Amaral et al. (2022) identificaram a diminuição de benzodiazepínicos em pacientes com transtorno de ansiedade, enquanto Buszewicz et al. (2018) observou a diminuição de antidepressivos <sup>47,49,50</sup>. A diminuição dessas medicações em pacientes com depressão e/ou ansiedade submetidos a intervenções realizadas por enfermeiras (os) é um achado da literatura relevante, levando em conta o uso generalizado de antidepressivos e benzodiazepínicos e os seus efeitos colaterais consideráveis <sup>67,68</sup>.

Apontam-se como limitações neste estudo que a maioria das referências selecionadas não utilizou uma população generalizada, o que pode impactar na representatividade dos resultados. Em segundo lugar, as amostras foram consideradas relativamente pequenas em algumas referências, além de que todos os estudos identificaram perdas durante o estudo.

Este estudo apresenta potencial para fomentar e subsidiar novos ensaios clínicos randomizados com populações maiores e mais representativas, principalmente, em território nacional que auxiliem indivíduos com transtornos mentais comuns possuírem uma assistência de qualidade e evidenciada cientificamente, bem como para reforçar a potencialidade dos profissionais de enfermagem para fornecer intervenções em diversos ambientes de saúde que prestam serviços de saúde mental.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos selecionados sobre intervenções realizadas por profissionais de enfermagem na assistência de pacientes com transtorno de ansiedade e/ou depressão possibilitaram identificar que esses cuidados produzem diversas contribuições para a melhora clínica desses pacientes, como a melhora nos sintomas depressivos e/ou de ansiedade, do funcionamento social e da qualidade de vida. As referências apontaram que a assistência por esses profissionais para os transtornos mentais comuns são viáveis e aceitáveis para os pacientes, podem reduzir o uso de medicamentos e ainda possuem um custo-benefício. Além do mais, o fornecimento das intervenções por enfermeiros auxiliou na melhora dos pacientes com transtornos mentais comuns e outras condições associadas, como diabetes mellitus II, HIV, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer.

As intervenções podem ser realizadas tanto por profissionais experientes e especializados bem como por enfermeiros generalistas que recebem um treinamento na maioria das vezes breve com supervisão. Ainda, podem ser fornecidas em diferentes ambientes de saúde, com destaque na atenção primária, que possui uma grande carga de pacientes com depressão e/ou ansiedade, no entanto um número insuficiente de profissionais qualificados para lidar com esses transtornos mentais comuns.

A quantidade de referências identificadas nesta pesquisa parece suficiente para a realização de uma Revisão Sistemática sobre esse tópico para identificar a efetividade das intervenções realizadas por profissionais de enfermagem para indivíduos com diagnóstico de ansiedade e/ou depressão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World health organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. 2017 [acesso em: 4 ago. 2021] Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>.
2. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. 2022 [acesso em: 1 out. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
3. Quevedo J, Izquierdo I. Neurobiologia dos Transtornos Psiquiátricos. Porto Alegre: Grupo A, 2020.
4. American Psychiatric Association (APA). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ªed; 2015.
5. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 [acesso em: 5 ago. 2021];17(3):327–35. Disponível em: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
6. Birk JL, Kronish IM, Moise N, Falzon L, Yoon S, Davidson KW. Depression and multimorbidity: Considering temporal characteristics of the associations between depression and multiple chronic diseases. *Health Psychol*. 2019 [acesso em: 20 jun 2021]; 38(9):802-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31008648/>
7. Nunes VV, Feitosa LG, Fernandes MA, Almeida CA, Ramos CV. Primary care mental health: nurses' activities in the psychosocial care network. *Rev bras enferm*. 2020 [acesso em: 15 jun 2021]; 73(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>
8. Wheeler K. The nurse psychotherapist and a framework for practice. In K. Wheeler (Ed.). *Psychotherapy for the advanced practice psychiatric nurse: A how-to guide for evidence-based practice*. Springer Publishing Company, 2014. p. 3-52.
9. Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2006 [acesso em: 5 jul 2022]; 6(88). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1559684/>
10. Zimmermann T, Puschmann E, van den Bussche H, Wiese B, Ernst A, Porzelt S, et al. Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: Cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). *Int J Nurs Stud*. 2016 [acesso em: 16 ago 2021]; 63:101-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27611093/>
11. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018 [acesso em: 20 jun 2021]; 392(10161): 2299-312. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396512/>

12. Tyrer H, Tyrer P, Lisseman-Stones Y, McAllister S, Cooper S, Salkovskis P, et al. Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients. *Int J Nurs Stud*. 2015 [acesso em: 10 jul 2021]; 52(3):686-94. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25542343/>
13. Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*. 2008 [acesso em: 6 out 2021]; 372(9632):40-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18603157/>
14. Doering LV, McGuire A, Eastwood JA, Chen B, Bodán RC, Czer LS et al. Cognitive behavioral therapy for depression improves pain and perceived control in cardiac surgery patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016 [acesso em: 15 jun 2021]; 15(6):417-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26115954/>
15. Behenck A, Wesner AC, Finkler D, Heldt E. Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017 [acesso em: 15 jun 2021]; 31(2):142-46. Disponível em: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(16\)30217-5/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(16)30217-5/fulltext)
16. Pedrosa KM, Couto, G, Luchesse R. Intervenção cognitivo comportamental em grupo para ansiedade: avaliação de resultados na atenção primária. *Psicol - Teor e Prática*. 2017 [acesso em: 15 jun 2021]; 19(3):43-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p43-56>
17. Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003 [acesso em: 15 jun 2021]; 53(495):764-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314708/>
18. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, Wittchen HU. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 [acesso em: 20 jun 2021]; 3:17024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28470168/>
19. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018 [acesso em: 20 jun 2021]; 392(10161):2299-2312. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30396512/>
20. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res*. 2002 [acesso em: 20 jun 2021]; 53(4):859-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12377294/>
21. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. London: NICE, 2009.

22. Videback LS. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. Porto Alegre: Grupo A, 2015.
23. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016 [acesso em: 16 jun 2021]; 388(10063): 3048–3059. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6).
24. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *P T*. 2013 [acesso em: 7 ago 2021]; 38(1):30-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3628173/>
25. Strine TW, Mokdad AH, Balluz LS, Gonzalez O, Crider R, Berry JT, Kroenke K. Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatr Serv*. 2008 [acesso em: 6 jun 2021]; 59(12):1383-90. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19033164/>
26. Martín-Merino E, Ruigómez A, Wallander MA, Johansson S, García-Rodríguez LA. Prevalence, incidence, morbidity and treatment patterns in a cohort of patients diagnosed with anxiety in UK primary care. *Fam Pract*. 2010 [acesso em: 28 jun 2021]; 27(1):9-16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19884124/>
27. Mangolini VI, Andrade LH, Lotufo-Neto F, Wang YP. Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019 [acesso em: 20 jun 2021]; 74:e1316. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6829787/>
28. Niles AN, Dour HJ, Stanton AL, Roy-Byrne PP, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *J Psychosom Res*. 2015 [acesso em: 20 jun 2021]; 78(2):109-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297513/>
29. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, et al. WHO World Mental Health Survey Collaborators. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018 [acesso em: 20 jun 2021]; 35(3):195-208. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29356216/>
30. Antai-Otong D. Psychosocial Recovery and Rehabilitation. *Nurs Clin North Am*. 2016 [acesso em: 6 jul 2021]; 51(2):287-97. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27229282/>
31. Zimmermann T, Puschmann E, Ebersbach M, Daubmann A, Steinmann S, Scherer M. Effectiveness of a primary care based complex intervention to promote self-management in patients presenting psychiatric symptoms: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014 [acesso em: 20 jun 2021]; 3;14:2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387048/>

32. Raya-Tena A, Fernández-San-Martin MI, Martin-Royo J, Casañas R, Sauch-Valmaña G, Cols-Sagarra C, et al. Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention Carried Out by Nurses for Patients with Depression and Physical Comorbidity in Primary Care: Randomized Clinical Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [acesso em: 5 jun 2021].13;18(6):2948. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33805664/>
33. Almeida VC, Lopes MV, Damasceno MC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2005 [acesso em: 10 jun 2021]; 39(2): 202-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?lang=pt>
34. Pinheiro C, Araújo M, Rolim K, de Oliveira C, de Alencar A. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem em Foco*. 2019 [acesso em 5 ago 2021]; 10(3). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2291>
35. Silva MS, Machado PA, Nascimento R Da S, Oliveira TS, De Silva TF Da, Batista EC. A enfermagem no campo da saúde mental: uma breve discussão teórica. *Revista Amazônia: Science & Health*. 2017 [acesso em: 26 jun 2021]; 5(2). Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1393>
36. Tanoue H, Yoshinaga N, Kato S, Naono-Nagatomo K, Ishida Y, Shiraishi Y. Nurse-led group cognitive behavioral therapy for major depressive disorder among adults in Japan: A preliminary single-group study. *Int J Nurs Sci*. 2018 [acesso em: 26 ago 2021]; 5(3): 218-222. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31406828/>
37. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
38. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*. 2005 [acesso em: 20 abr 2022]; 8(1): 19–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
39. Munn Z, Peters MD, Stern C et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018 [acesso em: 10 maio 2022]; 18:143. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
40. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018 [acesso em: 5 set 2022]; 169(7): 467-473. Disponível em: <https://prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>
41. Meeuwissen J, Holleman G, de Jong F, Nuyen J. and van der Feltz-Cornelis C. Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patients with type 2 diabetes. *Eur. Diab. Nursing*. 2011 [acesso em: 20 mai

- 2022]; 8: 47-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/edn.177>
42. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, Rutter C, Manning WG, Von Korff M et al. Cost-effectiveness of Systematic Depression Treatment Among People With Diabetes Mellitus. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 [acesso em: 20 mai 2022]; 64(1):65–72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17199056/>
43. Sharpe M, Strong V, Allen K, Rush R, Maguire P, House A et al. Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. *Br J Cancer*. 2004 [acesso em: 20 jun 2022]; 90(2):310-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14735169/>
44. Andersen LS, Magidson JF, O'Cleirigh C, Remmert JE, Kagee A, Leaver M et al. A pilot study of a nurse-delivered cognitive behavioral therapy intervention (Ziphamandla) for adherence and depression in HIV in South Africa. *Journal of Health Psychology*. 2018 [acesso em: 20 abr 2022]; 23(6):776-787. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121977/>
45. Lamers F, Jonkers CC, Bosma H, Kempen GI, Meijer JA, Penninx BW, et al. A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: a randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2010 [acesso em: 20 mai 2022]; 79: 217–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20424499/>
46. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2000 [acesso em 26 mai 2022]; 320(7226):26–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.26>
47. Buszewicz M, Griffin M, McMahon EM, Walters K, King M. Practice nurse-led proactive care for chronic depression in primary care: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2016 [acesso em: 20 ago 2022]; 208(4):374–80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26795423/>
48. Chetty D, Hoque ME. Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2013 [acesso em: 20 ago 2022]; 16(1):29-34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23417633/>
49. Wesner AC, Behenck A, Finkler D, Beria P, Guimarães L, Manfro GG et al. Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of psychiatric nursing*. 2019 [acesso em: 20 mai 2022]; 33(4): 428–433. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>
50. Amaral RI, Weston FCL, Hirakata VN, Paz AA, Wesner AC. Effectiveness and Efficacy of Therapeutic Interventions Performed by Nurses for Anxiety Disorders: A Systematic Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2022 [acesso em: 20 mai 2022]; 28(4):283-294. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23417633/>

51. Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot WJ, Muntingh A, et al. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press. 2013 [acesso em: 5 mai 2022]; 203(2):132–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23787062/>
52. Bruce ML, Raue PJ, Reilly CF, Greenberg RL, Meyers BS, Banerjee S et al. Clinical effectiveness of integrating depression care management into medicare home health: the Depression CAREPATH Randomized trial. *JAMA Intern Med*. 2015 [acesso em: 20 jun 2022]; 175(1):55-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25384017/>
53. Bobo WV, Grossardt BR, Virani S, St Sauver JL, Boyd CM, Rocca WA. Association of Depression and Anxiety With the Accumulation of Chronic Conditions. *JAMA Netw Open*. 2022 [acesso em: 20 jun 2022]; 5(5):e229817. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2791768#zoi220300r12>
54. Bor JS. Among the elderly, many mental illnesses go undiagnosed. *Health Aff (Millwood)*. 2015 [acesso em: 20 jun 2022]; 34(5):727-31. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25941272/>
55. Pettit S, Qureshi A, Lee W, Stirzaker A, Gibson A, Henley W, Byng R. Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: an empirical quantitative study. *Br J Gen Pract*. 2017 [acesso em: 20 jun 2022]; 67(660):453-59. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28583944/>
56. Lamers F, Jonkers CC, Bosma H, Chavannes NH, Knottnerus JA, van Eijk JT. Improving quality of life in depressed COPD patients: effectiveness of a minimal psychological intervention. *COPD*. 2010 [acesso em: 20 jun 2022]; 7(5):315-22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20854045/>
57. Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, Campbell-Sills L, Lang AJ, Golinelli D, et al. Quality of and patient satisfaction with primary health care for anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2011 [acesso em: 20 jul 2022]; 72(7):970–76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21367351/>
58. Duhoux A, Fournier L, Gauvin L, Roberge P. Quality of care for major depression and its determinants: a multilevel analysis. *BMC Psychiatry*. 2012 [acesso em: 20 jun 2022]; 12(1):142. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-142>
59. McIlrath C, Keeney S, McKenna H, McLaughlin D. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *J Adv Nurs*. 2010 [acesso em: 20 jun 2022]; 66(2):269-81. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20423410/>
60. Crosland A, Kai J. 'They think they can talk to nurses': practice nurses' views of their roles in caring for mental health problems. *Br J Gen Pract*. 1998 [acesso em: 20 set 2022]; 48(432):1383-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9800394/>

61. Salvetti Mde G, Cobelo A, Vernalha Pde M, Vianna CI, Canarezi LC, Calegare RG. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012 [acesso em: 5 jul 2022]; 20(5):896-902. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23174834/>
62. Pimenta CA de M. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2001 [acesso em: 7 out 2022]; 28(6): 288-294. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art288.htm>
63. Vaz DK, Herênio AC, da Costa WE. As contribuições da terapia cognitivo-comportamental para pacientes portadores de feridas crônicas: uma revisão bibliográfica. *Psicologias em Movimento*. 2022 [acesso em: 8 out 2022]; 2(1): 135-47. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaISEPsicologias/article/view/858>
64. Ho FY, Yeung WF, Ng TH, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci Rep*. 2016 [acesso em: 20 ago 2022]; 6:2928. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4932532/#!po=6.52174>
65. Terapia cognitivo-comportamental em grupos : das evidências à prática. Organizadores, Carmem Beatriz Neufeld, Bernard P. Rangé. Porto Alegre: Artmed, 2017.
66. Moloud R, Saeed Y, Mahmonir H, Rasool GA. Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: an interventional study. *BMC Psychiatry*. 2022 [acesso em: 20 out 2022]; 22 (229). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03918-y>
67. Pereira MTCG, Souza FAM, Cardoso FM. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021 [acesso em: 20 ago 2022]; 16(43):2568. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2568](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2568)
68. Madruga CS, Paim TL, Palhares HN, Miguel AC, Massaro LTS, Caetano R, Laranjeira RR. Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle. *Braz J Psychiatry*. 2019 [acesso em: 20 jun 2022]; 41(1):44-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6781701/>

## APÊNDICE A

**Apêndice A- Pesquisa realizada entre março e abril de 2022 nas bases de dados com a estratégia de busca final.**

<b>PUBMED</b>	
#1 ("depressive disorder"[all fields] OR "depressive disorders"[all fields] OR "anxiety disorder"[all fields] OR "anxiety disorders"[all fields])	45,064
#2 ("nursing care"[all fields] OR "nursing"[all fields] OR "nurse-led"[all fields] OR "nursing-led"[all fields] OR "nursing intervention"[all fields])	143,329
#1 AND #2	1473
<b>BVS</b>	
("depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders") AND ("nursing care" OR nursing OR "nursing-led" OR "nurse-led" OR "nursing intervention") AND ( fulltext:"1")	1653
<b>CINAHL</b>	
S1 "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders"	9,143
S2 "nursing care" OR nursing OR "nursing-led" OR "nurse-led" OR "nursing intervention"	166,001
S1 AND S2	126
<b>WEB OF SCIENCE</b>	
#1 (((all=("nursing care")) OR all=(nursing)) OR all=("nursing-led")) OR all=("nurse-led")) OR all=("nursing intervention")	672,742

#2 (((all=("depressive disorder")) OR all=("depressive disorders")) OR all=("anxiety disorder")) OR all=("anxiety disorders"))	104,809
#1 AND #2	1479

## APÊNDICE B

**Apêndice B- Artigos excluídos após leitura na íntegra por não estarem de acordo com os critérios de inclusão.**

TÍTULO DO ARTIGO	MOTIVO DE EXCLUSÃO
<b>An interprofessional nurse-led mental health promotion intervention for older home care clients with depressive symptoms</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Effect of Dual-track Interactive Nursing Intervention Model on Anxiety and Depression in Patients with Coronary Heart Disease</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Feasibility of a nurse-led intervention for the early management of depression after stroke in hospital</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Advanced practice psychiatric nurses' outcomes of care: a pilot study</b>	Não trata sobre Transtornos de Ansiedade e/ou Depressão.
<b>The Effect of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Protocol on Depressive Symptoms and Coping Strategies of Dementia Caregivers</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>The outcomes of interpersonal counselling on depressive symptoms and distress after myocardial infarction</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Milieu therapy for hospitalized patients with late-life anxiety and depression: a qualitative study</b>	Artigo na íntegra com acesso aberto não disponível.
<b>Pains, joys, and secrets: nurse-led group therapy for older adults with depression</b>	Artigo na íntegra com acesso aberto não disponível.

<b>A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>The Effect of a Telephone-Based Self-management Program Led by Nurses on Self-care Behavior, Biological Index for Cardiac Function, and Depression in Ambulatory Heart Failure Patients</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Estratégias para a assistência de enfermagem em saúde mental aos depressivos e alcoolistas, em uma unidade básica de saúde</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>The brief cognitive-behavioral COPE intervention for depressed adolescents: outcomes and feasibility of delivery in 30-minute outpatient visits</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Do depressed newly diagnosed cancer patients differentially benefit from nurse navigation?</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Effect of Nurse-Led Telephone Follow ups (Tele-Nursing) on Depression, Anxiety and Stress in Hemodialysis Patients</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Function of a Psychological Nursing Intervention on Depression, Anxiety, and Quality of Life in Older Adult Patients With Osteoporotic Fracture</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Testing the relationship between a self-management intervention for recurrent depression and health outcomes</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Cost-utility of collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: A cluster-randomized controlled trial (the SMADS trial)</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.

<b>A pilot RCT of a school nurse delivered intervention to reduce student anxiety</b>	Artigo na íntegra com acesso aberto não disponível.
<b>Clinical Aromatherapy</b>	Não trata sobre Transtornos de Ansiedade e/ou Depressão.
<b>A Qualitative Evaluation of an Inpatient Nursing Intervention for Depressed Elderly: The Systematic Activation Method</b>	Trata sobre a perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre uma intervenção para idosos depressivos. Não responde à pergunta de pesquisa.
<b>Effectiveness of group reminiscence therapy for depressive symptoms in male veterans: 6-month follow-up</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain</b>	Trata sobre um modelo de atendimento para pacientes com depressão na atenção primária. Não responde à pergunta de pesquisa.
<b>Caring for the Patient with an Anxiety Disorder</b>	Não trata sobre intervenções realizadas por profissionais de enfermagem, mas sim na assistência de uma forma geral. Não responde à pergunta de pesquisa.
<b>Effectiveness of a nurse-led hospital-to-home transitional care intervention for older adults with multimorbidity and depressive symptoms: A pragmatic randomized controlled trial</b>	Trata sobre pacientes idosos com sintomas depressivos, não diagnóstico clínico e/ou estruturado de Transtorno Depressivo.
<b>Home-based psychological nursing interventions for improvement of sleep quality and psychological health in patients with hypopharyngeal carcinoma undergoing surgical resections: a randomized trial</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.

<b>Randomized trial of telephone versus in-person delivery of a brief psychosocial intervention in post-stroke depression</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Prevention of major depression in complex medically ill patients: preliminary results from a randomized, controlled trial</b>	Trata sobre prevenção de depressão. Não responde à pergunta de pesquisa.
<b>Caring for Depression in Older Home Health Patients</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Cost-effectiveness of nurse-led self-help for recurrent depression in the primary care setting: design of a pragmatic randomised controlled trial</b>	Trata sobre prevenção de depressão. Não responde à pergunta de pesquisa.
<b>The FRIENDS emotional health prevention programme: 12 month follow-up of a universal UK school based trial</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Effectiveness of nursing Intervention on anxiety, psychology and self-efficacy among elderly patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention An observational cohort study</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Is interpersonal counselling (IPC) sufficient treatment for depression in primary care patients? A pilot study comparing IPC and interpersonal psychotherapy (IPT)</b>	Artigo na íntegra com acesso aberto não disponível.
<b>[Effectiveness of a nursing program of self-care and Mindfulness, in the approach to the common mental disorder in primary care]</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Cognitive behaviour therapy for anxiety in adolescent with early prodromal of psychosis at boarding school...6th Biennial International Nursing Conference, 2-4 October 2017, Depok, Indonesia</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.

<b>Major Depressive Disorder: Treatment-Resistant Depression and Augmentation of Other Medication Classes</b>	Não responde à pergunta de pesquisa.
<b>Treatment of anxiety in elderly housebound patients</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Development and feasibility of a nurse administered strategy on depression in community-dwelling patients with a chronic physical disease</b>	Não está de acordo com os critérios de inclusão.
<b>The Systematic Activation Method (SAM) in depressed elderly: a case report</b>	Não responde à pergunta de pesquisa.
<b>Gordon's model applied to nursing care of people with depression</b>	Não apresenta um diagnóstico estruturado e/ou clínico para selecionar os pacientes.
<b>Exploring the cost-effectiveness of a Dutch collaborative stepped care intervention for the treatment of depression and/or anxiety when adapted to the Australian context: a model-based cost-utility analysis</b>	Não está de acordo com os critérios de inclusão.

## APÊNDICE C

### Apêndice C- Instrumento de extração dos dados

<b>APRESENTAÇÃO DO ARTIGO</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients
<b>OBJETIVO(S):</b>	Em uma análise secundária planejada de dados de um estudo randomizado de terapia cognitivo-comportamental adaptada para ansiedade em relação à saúde, comparamos os resultados da terapia realizada por enfermeiros e outros grupos profissionais.
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO:</b>	2015
<b>PAÍS DE PUBLICAÇÃO:</b>	Inglaterra
<b>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:</b>	Inglês
<b>PERIÓDICO:</b>	International Journal of Nursing Studies
<b>TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:</b>	Artigo Científico
<b>POPULAÇÃO:</b>	Pacientes médicos que apresentavam ansiedade patológica de saúde e também pontuavam para um diagnóstico de hipocondria.
<b>CONCEITO:</b>	Fornecimento de TCC por enfermeiros.
<b>CONTEXTO:</b>	Hospitais gerais
<b>MÉTODO</b>	
<b>DELINEAMENTO DE PESQUISA:</b>	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p>(x) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>(x) Ensaio clínico randomizado</p> <p>( ) ensaio clínico ou quase experimental</p> <p>( ) estudo de coorte ou longitudinal</p>

	<p><input type="checkbox"/> estudo transversal</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> fenomenologia</p> <p><input type="checkbox"/> teoria fundamentada</p> <p><input type="checkbox"/> análise narrativa</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise</p> <p><input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
<b>POPULAÇÃO:</b>	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> transtorno de ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de depressão</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> estruturado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> clínico</p> <p><input type="checkbox"/> estruturado e clínico</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p>CTRS-HAV, HAI, HADS</p> <p><b>AMOSTRA:</b></p> <p>376</p>

	<p><b>SELEÇÃO</b></p> <p>(x) randômica  ( ) conveniência  ( ) outra (descreva):</p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade entre 16 e 75 anos;</li> <li>- Residentes na área;</li> <li>- Compreensão suficiente de inglês para ler e preencher questionários de estudo</li> <li>- Consentimento por escrito para as entrevistas, gravação em áudio de 50% das sessões de tratamento;</li> <li>- Permissão para acessar seus prontuários.</li> </ul> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nível de patologia importante contínua que era muito grave para participar do estudo, incluindo comprometimento cognitivo progressivo, transtornos terminais e qualquer patologia comórbida importante que pudesse interferir no tratamento psicológico,</li> <li>- Aqueles que estavam sendo investigados ativamente por patologia significativa suspeita pelo clínico e para os quais a terapia cognitivo-comportamental pudesse confundir ou causar sofrimento;</li> <li>- Indivíduos sob cuidados psiquiátricos.</li> </ul>
<b>INTERVENÇÃO:</b>	<b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b>

	<p>A terapia cognitiva adaptada para ansiedade em saúde (TCC-HA) foi administrada aos pacientes alocados no grupo de tratamento ativo.</p> <p>Terapeutas ingênuos com interesse em administrar o tratamento foram treinados em duas oficinas realizadas por quatro supervisores, além disso, cada terapeuta recebeu supervisão de um profissional mais experiente em intervalos de 2 a 4 semanas durante a terapia.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 2 anos</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> CTRS-HAV, HAI, HADS</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	<p>Os pacientes atendidos pelas enfermeiras tiveram mais sessões de tratamento e menores taxas de abandono, e viram mais pacientes do que qualquer um dos outros terapeutas. Os resultados deste estudo sugerem que os enfermeiros seriam mais apropriados do que os psicólogos assistentes no fornecimento de TCC-HA em ambientes médicos.</p>
<b>LIMITAÇÕES:</b>	<p>A principal limitação do estudo é que os pacientes não foram randomizados para os terapeutas e, portanto, pode haver fatores de confusão.</p>
<b>RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:</b>	<p>Os resultados deste estudo sugerem que os enfermeiros seriam mais apropriados</p>

	do que os psicólogos assistentes no fornecimento de TCC-HA em ambientes médicos. Essa conclusão precisa ser qualificada em vista dos comentários acima e precisa ser replicada, até porque hoje existem muitos estudos mostrando que os psicólogos, geralmente com treinamento significativamente maior do que os do nosso estudo, são muito eficazes como terapeutas da saúde patológica ansiedade.
<b>REFERÊNCIA COMPLETA</b>	
<b>Tyrer H, Tyrer P, Lisseman-Stones Y. Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients. Int J Nurs Stud 2015;52:686–94. 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.013</b>	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
TÍTULO:	Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patients with type 2 diabetes.
OBJETIVO(S):	Desenvolver e avaliar uma intervenção para transtorno de ansiedade e transtorno depressivo maior (depressão) em pacientes com diabetes tipo 2 por enfermeiros diabéticos na atenção primária que exija o mínimo esforço de todos os cuidadores envolvidos.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2011
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Holanda
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	European Diabetes Nursing
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo

POPULAÇÃO:	Indivíduos com transtornos de ansiedade e depressão com DM2.
CONCEITO:	Administração de uma intervenção por enfermeiros diabéticos da atenção primária.
CONTEXTO:	Clínica geral e Domicílio.
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p><b>PESQUISA PRIMÁRIA</b></p> <p>( ) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>( ) ensaio clínico randomizado  (x) ensaio clínico ou quase experimental  ( ) estudo de coorte ou longitudinal  ( ) estudo transversal  ( ) estudo de caso controle</p> <p>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p>( ) pesquisa etnográfica  ( ) pesquisa etnometodológica  ( ) estudo de caso  ( ) fenomenologia  ( ) teoria fundamentada  ( ) análise narrativa  ( ) pesquisa ação</p> <p><b>PESQUISA SECUNDÁRIA</b></p> <p>( ) Revisão sistemática com metanálise  ( ) revisão sistemática sem metanálise</p>
POPULAÇÃO:	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>( ) Transtorno de ansiedade</p>

	<p>( ) Transtorno de depressão (x) Transtorno de ansiedade e/ou depressão</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>( )Estruturado ( )Clínico (x) Estruturado e Clínico</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>MINI International Neuropsychiatric Interview</p> <p>AMOSTRA:</p> <p>7 Enfermeiros diabéticos; 73 clínicos gerais; 15 Pacientes triados com DM2 com transtorno de ansiedade e/ou depressão.</p> <p>SELEÇÃO</p> <p>( ) Randômica ( ) conveniência (x) outra (descreva):</p> <p>Todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão e assinaram o consentimento informado foram rastreados para transtorno de ansiedade e depressão por seu enfermeiro. Um pesquisador entrevistou pacientes com resultados positivos de triagem usando uma entrevista telefônica padronizada, a</p>
--	--

	<p>MINI International Neuropsychiatric Interview (seções de ansiedade e depressão), fornecendo uma classificação para transtorno de ansiedade ou depressão de acordo com os critérios do DSM-IVTR.</p> <p><b>TAMANHO</b></p> <p>Inicial: 15 pacientes Final: 14 pacientes</p> <p><b>PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS:</b> Os DNs têm em média 26 anos (intervalo=21) de experiência como enfermeiro e seis anos (intervalo=8) como DN. Quatro DNs estão diretamente filiados a uma clínica geral e, portanto, conhecem o médico de família do paciente. Três DNs empregados por serviços de atenção domiciliar não têm contato direto com o GP.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b> Pacientes com DM2 com idade igual ou superior a 18 anos, listados em clínicas gerais e serviços de atendimento domiciliar, e recebendo cuidados dos enfermeiros de diabetes (DNs) participantes.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b></p>
--	--

	<p>Pacientes que já recebiam cuidados de saúde mental, ou com diagnóstico de demência ou psicose.</p>
<p>INTERVENÇÃO:</p>	<p>INTERVENÇÃO UTILIZADA:</p> <p>Auto-ajuda guiada.</p> <p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</p> <p>Primeiramente os DNs realizaram um treinamento em quatro sessões de meio dia com intervalos de seis semanas. O treinamento compreendeu a transferência de conhecimentos e habilidades sobre diagnóstico e tratamento de transtornos de ansiedade e depressão e co-ocorrência com diabetes.</p> <p>Foi realizado um intervenção de auto-ajuda guiada por meio de um livro o qual tratou sobre os os sintomas de ansiedade e depressão e como lidar com o diabetes como uma doença crônica, e também treina o paciente sobre estilos de vida saudáveis, técnicas de relaxamento, estilos de pensamento, assertividade, atividades sociais e prevenção de recaídas. Além disso, técnicas de terapia cognitiva, terapia comportamental racional emotiva e teoria de aprendizagem social são usadas em uma abordagem estruturada e gradual, estruturando objetivos claros e incentivando o aprendizado pela prática com exercícios específicos. Os DNs orientaram os pacientes individualmente seguindo um protocolo, apoiando e</p>

	<p>monitorando os pacientes no seguimento da intervenção de autoajuda (por exemplo, explicando como usar o livro de trabalho de autoajuda, discutindo o material do livro de trabalho com o paciente e agindo como um backup se surgirem problemas). Para tanto, os pacientes tiveram de três a cinco sessões com o DN, o que representou uma intensificação das frequências normais de visitas de enfermagem (cerca de uma vez a cada dois a três meses) para uma frequência de uma vez a cada duas a quatro semanas, durante um período de pelo menos seis semanas e no máximo três meses.</p> <p>Os pacientes foram encaminhados ao clínico geral pelos enfermeiros se a melhoria insuficiente do estado de saúde mental foi alcançada.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 18 meses</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> O estado de saúde mental foi medido pelo Questionário de Saúde do Paciente (PHQ). Emoções negativas relacionadas ao diabetes foram avaliadas com o questionário Áreas de Problemas no Diabetes (PAID-NL). A qualidade de vida foi medida pelo SF-36 e o funcionamento geral pelo EuroQol.</p>
--	--

RESULTADOS	
PRINCIPAIS RESULTADOS:	<p>O estudo piloto indicou que a realização de acompanhamento, triagem, encaminhamento adequado e intervenção da auto-ajuda guiada, para pacientes com DM2 e transtornos de ansiedade e/ou depressão, por profissionais de enfermagem especializados em DM2, resultou em melhorias no estado de saúde mental, funcionamento geral e qualidade de vida, bem como reduziu significativamente as emoções negativas relacionadas ao diabetes. Além disso, demonstrou que expandir o papel dos profissionais de enfermagem nesse contexto requer pouco treinamento. Ainda enfatizou o papel fundamental que os enfermeiros podem desempenhar na detecção precoce e no acompanhamento de transtornos mentais comórbidos que complicam o cuidado do diabetes e no estabelecimento de melhores resultados para os pacientes.</p>
LIMITAÇÕES:	<p>Uma limitação no desenho do estudo é que não houve grupo controle, o instrumento de triagem aplicado não apresentou um bom valor preditivo positivo e a amostra foi relativamente pequena.</p>
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	<p>Necessidade da realização de um estudo controlado randomizado em uma população maior para estabelecer efeitos mais robustos.</p>
REFERÊNCIA COMPLETA	

Meeuwissen, J., Holleman, G., de Jong, F., Nuyen, J. and van der Feltz-Cornelis, C. (2011), Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patients with type 2 diabetes. *Eur. Diab. Nursing*, 8: 47-52a.  
<https://doi.org/10.1002/edn.177>

<b>APRESENTAÇÃO DO ARTIGO</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care
<b>OBJETIVO(S):</b>	Determinar se o tratamento de resolução de problemas combinado com medicação antidepressiva é mais eficaz do que qualquer tratamento sozinho no manejo da depressão maior na atenção primária. Avaliar a eficácia do tratamento de resolução de problemas quando administrado por enfermeiros em comparação com clínicos gerais quando ambos foram treinados na técnica.
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO:</b>	2000
<b>PAÍS DE PUBLICAÇÃO:</b>	Inglaterra
<b>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:</b>	Inglês
<b>PERIÓDICO:</b>	Clinical research ed.
<b>TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:</b>	Artigo Científico
<b>POPULAÇÃO:</b>	Pacientes com depressão
<b>CONCEITO:</b>	Tratamento de resolução de problemas por profissionais de enfermagem
<b>CONTEXTO:</b>	Atenção primária em Oxfordshire
<b>MÉTODO</b>	
<b>DELINEAMENTO DE PESQUISA:</b>	PESQUISA PRIMÁRIA

	<p><input checked="" type="checkbox"/> ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado  <input type="checkbox"/> ensaio clínico ou quase experimental  <input type="checkbox"/> estudo de coorte ou longitudinal  <input type="checkbox"/> estudo transversal  <input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica  <input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica  <input type="checkbox"/> estudo de caso  <input type="checkbox"/> fenomenologia  <input type="checkbox"/> teoria fundamentada  <input type="checkbox"/> análise narrativa  <input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise  <input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
<b>POPULAÇÃO:</b>	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade  <input checked="" type="checkbox"/> transtorno de depressão  <input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Estruturado  <input checked="" type="checkbox"/> clínico  <input type="checkbox"/> estruturado e clínico</p>

	<p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p>Os clínicos gerais foram solicitados a encaminhar pacientes com idade entre 18 e 65 anos que julgassem ter um transtorno depressivo que exigisse tratamento, mas não encaminhamento hospitalar urgente. Os pacientes foram avaliados em 48 horas para determinar se preenchiam os critérios de inclusão: depressão maior provável ou definitiva nos critérios diagnósticos da pesquisa 7 ; pontuação igual ou superior a 13 na escala de classificação de Hamilton de 17 itens para depressão 8 ; e uma duração mínima da doença de quatro semanas.</p> <p><b>AMOSTRA:</b></p> <p>151</p> <p><b>SELEÇÃO</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> conveniência <input type="checkbox"/> outra (descreva):</p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b></p> <p>Pacientes com idade entre 18 e 65 anos com depressão maior provável ou definitiva nos critérios diagnósticos da pesquisa 7 ; pontuação igual ou superior a 13 na escala de classificação de Hamilton de 17 itens para depressão 8 ; e</p>
--	---

	<p>uma duração mínima da doença de quatro semanas.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b></p> <p>Os pacientes foram excluídos se tivessem um transtorno psiquiátrico adicional precedendo o início da depressão; estavam recebendo tratamento concomitante com medicação antidepressiva ou um tratamento psicológico, ou ambos (os pacientes não tinham que tomar nenhum medicamento antidepressivo por pelo menos um mês); teve lesão cerebral, dificuldades de aprendizagem, esquizofrenia, dependência de drogas, abuso recente de álcool ou doença física que impedisse a medicação antidepressiva; ou teve um estado clínico inconsistente com a participação no protocolo de pesquisa - por exemplo, características psicóticas ou intenção suicida grave.</p>
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b></p> <p>Os pacientes nos três grupos de tratamento único receberam seis sessões de tratamento ao longo de 12 semanas (semanas 1, 2, 3, 5, 7 e 11). No grupo de tratamento combinado, os pacientes receberam seis sessões de tratamento para tratamento de drogas pelo clínico geral da pesquisa, juntamente com seis sessões de tratamento para resolução de problemas pela enfermeira da prática da pesquisa. Em todos os grupos de</p>

	<p>tratamento, uma sessão de tratamento extra poderia ser oferecida se o terapeuta julgasse clinicamente necessário.</p> <p>O tratamento de resolução de problemas foi dado por um dos três clínicos gerais de pesquisa ou por um dos dois enfermeiros de prática de pesquisa. O tratamento de resolução de problemas concentra-se no aqui e agora e ajuda os pacientes a usar suas próprias habilidades e recursos para funcionar melhor. É explicado aos pacientes que seus sintomas psicológicos podem estar ligados a problemas psicossociais que estão enfrentando. Se esses problemas puderem ser resolvidos, os sintomas podem melhorar. A resolução de problemas ocorre nas seguintes etapas:</p> <p>Esclarecimento e definição de problemas Escolha de metas alcançáveis Geração de soluções Escolha das soluções preferidas Implementação de soluções preferenciais Avaliação.</p> <p>A primeira sessão de tratamento dura uma hora, com as sessões subsequentes com duração de 30 minutos. O tratamento foi estabelecido em um manual de tratamento e foi supervisionado por um terapeuta experiente em resolução de problemas (LMM-W).</p>
--	--

	<p>Os pacientes foram avaliados em quatro ocasiões: antes do tratamento e em 6, 12 e 52 semanas. As avaliações foram feitas por um dos dois entrevistadores de pesquisa experientes que desconheciam o tipo de tratamento dado.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b></p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b></p> <p>Quatro medidas de resultados principais foram registradas em cada avaliação. Dois foram avaliados pelo entrevistador: o cronograma de entrevista clínica (revisado) – uma medida de sintomas psicológicos desenvolvida para uso na atenção primária– e a escala de classificação de Hamilton para depressão 8 – uma medida da gravidade da depressão. Duas medidas de desfecho foram avaliadas pelo paciente: o inventário de depressão de Beck— uma medida de gravidade da depressão — e a escala de ajuste social modificada— uma medida de funcionamento social.</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	<p>Uma descoberta importante deste estudo é a falta de qualquer diferença significativa entre os quatro grupos de tratamento. Disso tiramos duas conclusões. Em primeiro lugar, a combinação de tratamento de resolução de problemas e medicação antidepressiva</p>

	<p>não é mais eficaz do que qualquer tratamento sozinho. Em segundo lugar, não há diferença no resultado se o tratamento de resolução de problemas for administrado por um clínico geral adequadamente treinado ou por uma enfermeira de prática adequadamente treinada.</p> <p>Uma segunda descoberta importante é que os pacientes em todos os grupos mostraram uma melhora notável durante o período de tratamento de 12 semanas. Essa melhora foi mantida em todos os grupos no seguimento de 52 semanas. O tratamento de resolução de problemas é um processo orientado a objetivos, colaborativo e ativo e se concentra no aqui e agora. Os pacientes ganham um claro senso de envolvimento no processo de recuperação. O tratamento de resolução de problemas é adequado para a atenção primária porque é relativamente breve e pode ser realizado por enfermeiros da atenção primária.</p>
<b>LIMITAÇÕES:</b>	<p>Os enfermeiros deste estudo eram terapeutas experientes em resolução de problemas que participaram de um estudo anterior que avaliou o tratamento de resolução de problemas. Os clínicos gerais receberam treinamento teórico em tratamento de resolução de problemas de um terapeuta experiente e, em seguida, trataram cinco pacientes sob supervisão antes de iniciar o estudo. Pode ser que os</p>

	resultados alcançados por essa equipe de pesquisa sejam melhores do que os da prática geral de rotina.
<b>RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:</b>	<p>Uma importante questão clínica precisa ser respondida: qual é o lugar do tratamento resolutivo entre outros tratamentos para transtornos depressivos na atenção primária? Como o clínico geral deve escolher entre tratamento de resolução de problemas e medicação antidepressiva ou entre tratamento de resolução de problemas e tratamentos psicológicos alternativos?</p> <p>O primeiro desafio para o futuro é fornecer treinamento para enfermeiros interessados na prática do tratamento avaliado. Em segundo lugar, deve ser avaliada uma adaptação mais breve das técnicas de resolução de problemas que podem ser utilizadas pelos clínicos gerais nas suas consultas regulares.</p>
<b>REFERÊNCIA COMPLETA</b>	
<b>Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Day, A., &amp; Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. BMJ (Clinical research ed.), 320(7226), 26–30. <a href="https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.26">https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.26</a></b>	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
<b>TÍTULO:</b>	Practice nurse-led proactive care for chronic depression in primary care: A randomised controlled trial
<b>OBJETIVO(S):</b>	Avaliar se o cuidado proativo estruturado e liderado por enfermeiros de pacientes

	com depressão crônica na atenção primária melhora os resultados.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2018
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Inglaterra
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	The British Journal of Psychiatry
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Pacientes com depressão crônica
CONCEITO:	Cuidado proativo estruturado liderado por enfermeiros
CONTEXTO:	Clínicas Gerais/ Atenção Primária
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p><b>PESQUISA PRIMÁRIA</b></p> <p>( ) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>(x) Ensaio clínico randomizado</p> <p>( ) ensaio clínico ou quase experimental</p> <p>( ) estudo de coorte ou longitudinal</p> <p>( ) estudo transversal</p> <p>( ) estudo de caso controle</p> <p>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p>( ) Pesquisa etnográfica</p> <p>( ) pesquisa etnometodológica</p> <p>( ) estudo de caso</p> <p>( ) fenomenologia</p> <p>( ) teoria fundamentada</p> <p>( ) análise narrativa</p> <p>( ) pesquisa ação</p> <p><b>PESQUISA SECUNDÁRIA</b></p>

	<input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise <input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise
POPULAÇÃO:	QUAL O DIAGNÓSTICO:  <input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> transtorno de depressão  DIAGNÓSTICO:  <input checked="" type="checkbox"/> Estruturado <input type="checkbox"/> clínico <input type="checkbox"/> estruturado e clínico  INSTRUMENTO: Composite International Diagnostic Interview (CIDI); Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).  AMOSTRA: 558 participantes 282 do grupo intervenção 276 do grupo controle  SELEÇÃO  <input checked="" type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> conveniência <input type="checkbox"/> outra (descreva):  CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Adultos com 18 anos ou mais; dois ou mais episódios documentados de depressão maior nos 3 anos anteriores;

	<p>evidência de depressão recorrente e/ou crônica por meio do questionário Composite International Diagnostic Interview (CIDI, vida útil) (depressão crônica foi categorizada como um episódio de depressão maior com duração de pelo menos 2 anos nos 3 anos anteriores ao recrutamento ou distímia crônica nos 2 anos anteriores ao recrutamento); uma pontuação inicial do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) de 14 ou superior; inglês suficiente para poder preencher questionários de autorrelato.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b> Sintomas psicóticos atuais; função cognitiva prejudicada; dependência de álcool ou drogas incapacitantes.</p>
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b> A intervenção, denominada cuidado 'proativo', envolveu consultas com enfermeiros treinados durante os 24 meses do estudo. O grupo de intervenção teve uma avaliação inicial e novas sessões foram oferecidas após 1 mês, 2 meses depois e a cada 3 meses pelo restante dos 2 anos do estudo, ou seja, um total de 10 consultas. Um plano de gerenciamento conjunto foi formulado entre os enfermeiros e cada um de seus pacientes na avaliação inicial e revisado durante as consultas subsequentes. Se clinicamente indicado, as revisões</p>

	<p>poderiam ser mais frequentes e se os enfermeiros estivessem preocupados com um paciente, eles foram solicitados a discuti-los com o médico de família relevante, que também poderia ver o paciente, se indicado.</p> <p>Em cada sessão, as enfermeiras perguntavam sobre o humor atual dos pacientes e revisaram suas circunstâncias sociais, tratamento atual (medicação e/ou terapia psicológica) e quaisquer efeitos colaterais. Eles discutiram as dúvidas dos participantes sobre tratamentos atuais ou passados e verificaram sua concordância com o tratamento, esclarecendo quaisquer razões para a má concordância. Se houvesse sintomas atuais de depressão, tratamentos alternativos ou adicionais eram discutidos. Os enfermeiros receberam breve treinamento em técnicas de resolução de problemas e entrevista motivacional.</p> <p>O grupo de intervenção também recebeu um livreto educacional projetado para o estudo, que incluía informações sobre depressão e delineava o pensamento atual baseado em evidências sobre seu tratamento.</p> <p>A equipe de pesquisa forneceu treinamento de 3 dias para todos os enfermeiros participantes. Foi oferecido mais um dia de treinamento para os enfermeiros que conduziam as avaliações dos resultados. A cada enfermeira foi</p>
--	--

	<p>atribuído um membro da equipe de pesquisa como 'supervisor clínico' (dois eram médicos de clínica geral com interesse em saúde mental e um psicólogo clínico). Os enfermeiros tinham contato telefônico a cada 3-4 meses com seus supervisores e podiam contatá-los com qualquer preocupação do paciente.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 2 anos</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> Desfecho primário: BDI-II; Comprometimento funcional: Escala de Atividade de Trabalho e Social (WSAS); Diagnóstico do DSM-IV e frequência de episódios depressivos avaliados pelo questionário CIDI; Qualidade de vida relacionada à saúde: EuroQuol EQ-5D;</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<p><b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b></p>	<p>Em 24 meses de acompanhamento não houve melhora significativa no escore de depressão (BDI-II) ou qualidade de vida (EQ-5D) na amostra geral, mas houve melhora no funcionamento social (WSAS). A análise realizada para avaliar o efeito do número de sessões recebidas, demonstrou um efeito positivo por sessão para os escores BDI-II e WSAS. A partir desta análise, pode-se inferir que os</p>

	<p>pacientes que participaram de todas as 10 sessões de intervenção podem reduzir sua pontuação BDI-II em 3,7 pontos a mais do que os pacientes de controle. O uso de antidepressivos caiu ligeiramente em ambos os grupos durante o período de acompanhamento, mas foi significativamente maior no grupo de intervenção. Embora os resultados relacionados aos sintomas depressivos não tenham sido significativos para os pacientes que receberam a intervenção, houve melhorias importantes no trabalho e no funcionamento social.</p>
<p>LIMITAÇÕES:</p>	<p>O estudo não abordou na sua amostra áreas urbanas carentes e etnicamente diversas, resultando em uma baixa proporção de participantes de grupos étnicos negros e minoritários, portanto, os resultados podem ser menos aplicáveis a essas populações;</p> <p>Aproximadamente 25% dos pacientes inicialmente abordados compareceram e completaram as entrevistas de base, o que pode ser uma limitação quanto à generalização.</p> <p>Houve algum desgaste ao longo do período experimental (65% completaram as avaliações de 24 meses).</p>
<p>RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:</p>	<p>Desenvolvimento mais amplo de cursos de treinamento específicos e, se possível, mais intensivos, para enfermeiros práticos em problemas comuns de saúde mental;</p>

	O estudo indicou que um modelo de prática liderado por profissionais de enfermagem para pacientes com depressão crônica pode ser significativo para aqueles ambientes de saúde que possuem acesso limitado a serviços psicológicos e psiquiátricos de atenção secundária.
<b>REFERÊNCIA COMPLETA</b>	
Buszewicz M, Griffin M, McMahon EM, Walters K, King M. Practice nurse-led proactive care for chronic depression in primary care: A randomised controlled trial. <i>British Journal of Psychiatry</i> . Cambridge University Press; 2016;208(4):374–80.	

<b>APRESENTAÇÃO DO ARTIGO</b>	
<b>TÍTULO:</b>	PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care
<b>OBJETIVO(S):</b>	Determinar as diferenças no resultado clínico, satisfação do paciente e custos, entre um pacote de auto-ajuda cognitivo-comportamental facilitado por enfermeiros em comparação com o atendimento comum por médicos de clínica geral para ansiedade e depressão leves a moderadas.
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO:</b>	2003
<b>PAÍS DE PUBLICAÇÃO:</b>	Inglaterra
<b>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:</b>	inglês
<b>PERIÓDICO:</b>	Br J Gen Prac.
<b>TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:</b>	Artigo Científico

POPULAÇÃO:	Pacientes que se apresentaram ao médico de família com ansiedade e/ou depressão leve a moderada.
CONCEITO:	Pacote de auto-ajuda cognitivo-comportamental facilitado por enfermeiros.
CONTEXTO:	Atenção Primária
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p><b>PESQUISA PRIMÁRIA</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado  <input type="checkbox"/> ensaio clínico ou quase experimental  <input type="checkbox"/> estudo de coorte ou longitudinal  <input type="checkbox"/> estudo transversal  <input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica  <input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica  <input type="checkbox"/> estudo de caso  <input type="checkbox"/> fenomenologia  <input type="checkbox"/> teoria fundamentada  <input type="checkbox"/> análise narrativa  <input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p><b>PESQUISA SECUNDÁRIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise  <input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
POPULAÇÃO:	QUAL O DIAGNÓSTICO:

	<p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade <input type="checkbox"/> transtorno de depressão <input checked="" type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> estruturado <input checked="" type="checkbox"/> clínico <input type="checkbox"/> estruturado e clínico</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p><b>AMOSTRA:</b> 47 intervenção 74 controle</p> <p><b>SELEÇÃO</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> randômica <input type="checkbox"/> conveniência <input type="checkbox"/> outra (descreva):</p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b> Todos os pacientes com 18 anos ou mais consultando médicos de clínica geral com sintomas leves a moderados de ansiedade e/ou depressão foram elegíveis para o julgamento. Os GPs preencheram uma matriz de gravidade simples e de fácil preenchimento para cada paciente, compreendendo quatro domínios</p>
--	--

	<p>(bem-estar, problemas, funcionamento, risco) e quatro níveis de gravidade (sem problema, leve, moderado, grave). Os pacientes foram incluídos no estudo se estivessem com sofrimento leve ou moderado em um ou mais dos três domínios de bem-estar, problemas e funcionamento.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b> Os pacientes foram excluídos se foram avaliados como tendo um nível de risco leve ou acima e/ou experimentando sofrimento grave no bem-estar, problemas ou funcionamento, ou foram julgados necessitando de tratamento imediato com um novo curso de antidepressivos.</p>
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b> Enfermeiros ensinam pacientes usar um livro de auto-ajuda — Gerenciando Ansiedade e Depressão — cartilha desenvolvida para atenção primária, com base em técnicas de terapia cognitivo-comportamental. Os enfermeiros auxiliou os pacientes no uso da cartilha tanto dentro como entre as sessões. As duas primeiras consultas, oferecidas com 1 semana de intervalo, tiveram como foco a familiarização com a cartilha e sua aplicação em amostras dos problemas dos pacientes. Os pacientes</p>

	<p>então usaram a cartilha em casa e receberam uma terceira revisão de nomeação ('mais um') 3 meses depois. Os enfermeiros da prática receberam treinamento de 3 dias para apoiar os pacientes usando o livro na forma de uma 'tecnologia de saúde'.</p> <p>DURAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</p> <p>CORE-OM; EuroQol-5D18;</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<p><b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b></p>	<p>Este estudo mostrou que pacientes com problemas de saúde mental comuns tratados pela prática cognitiva apoiada por enfermeiros e auto-ajuda alcançou resultados clínicos semelhantes e custos semelhantes, ficaram mais satisfeitos e foram encaminhados a outros serviços com menos frequência do que pacientes tratados por GPs com cuidados normais.</p>
<p><b>LIMITAÇÕES:</b></p>	<p>Foi limitado por pequenos números Por causa das baixas taxas de recrutamento e desgaste substancial na acompanhamentos de 1 e 3 meses, introduzindo um potencial viés à nossa amostra original.</p>

	<p>Os níveis mais altos de satisfação relatados na auto-ajuda grupo também precisam ser interpretados com cautela, pois podem refletir os efeitos positivos de ver a enfermeira prática para um período de tempo mais longo. Em pesquisas futuras isso pode ser controlado por um braço de controle no qual o paciente recebe apoio não estruturado da enfermeira. Outra limitação é o uso de critérios de angústia em vez de diagnóstico para inclusão no estudo. Embora 96% dos pacientes incluídos no estudo estavam acima da caseness do GHQ-12 limiar, não foi possível confirmar a prevalência diagnóstica índices de ansiedade e depressão. Portanto, os pacientes em esta amostra representa pessoas com sofrimento psíquico comumente visto na atenção primária.</p>
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	<p>Replicar este estudo é necessário para ver se os mesmos resultados podem ser alcançados por outros profissionais da atenção primária usando o mesmo ou outros materiais de autoajuda.</p>
REFERÊNCIA COMPLETA	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

TÍTULO:	Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial
OBJETIVO(S):	Avaliar a eficácia e o custo de uma intervenção complexa realizada por enfermeiros que foi projetada para tratar o transtorno depressivo maior em pacientes com câncer; Investigar se a adição dessa intervenção aos cuidados habituais poderia alcançar uma redução maior nos sintomas depressivos em 3 meses do que os cuidados habituais sozinhos e se isso seria sustentado em 6 e 12 meses.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2008
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Escócia
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	The Lancet
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Pacientes com câncer e transtorno depressivo maior.
CONCEITO:	Intervenção realizada por profissionais de enfermagem.
CONTEXTO:	Centro Regional de Câncer/ Atenção primária
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	PESQUISA PRIMÁRIA  ( ) ABORDAGEM QUANTITATIVA  (x) ensaio clínico randomizado  ( ) ensaio clínico ou quase experimental  ( ) estudo de coorte ou longitudinal  ( ) estudo transversal

	<p><input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> fenomenologia</p> <p><input type="checkbox"/> teoria fundamentada</p> <p><input type="checkbox"/> análise narrativa</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise</p> <p><input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
POPULAÇÃO:	<p>QUAL O DIAGNÓSTICO:</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> transtorno de depressão</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p><input type="checkbox"/> estruturado</p> <p><input type="checkbox"/> clínico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> estruturado e clínico</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Questionário Hospital Anxiety and Depression Scale;</p> <p>Entrevista Clínica Estruturada para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV).</p>

	<p>AMOSTRA:</p> <p>200</p> <p>99 receberam os cuidados habituais</p> <p>101 cuidados habituais mais a intervenção</p> <p>SELEÇÃO</p> <p>(x) randômica</p> <p>( ) conveniência</p> <p>( ) outra (descreva):</p> <p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</p> <p>Os pacientes elegíveis tinham que ter um prognóstico de câncer de pelo menos 6 meses; transtorno depressivo maior de pelo menos um mês de duração que não foi associado a grandes alterações no câncer do paciente ou seu tratamento; e uma gravidade mínima de transtorno depressivo maior, definida por uma pontuação na escala de depressão Symptom Checklist-20 (SCL-20) 14 de pelo menos 1,75.</p> <p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</p> <p>Pacientes com grandes dificuldades de comunicação, como surdez grave ou demência, incapacidade de comparecer ao centro de câncer, tratamento anticâncer intensivo concomitante, como quimioterapia ou radioterapia frequente, ou outro médico mal controlado como a</p>
--	--

	<p>epilepsia que dominava seus cuidados. Também foram excluídos aqueles que estavam recebendo, ou foram julgados necessários, cuidados psiquiátricos especializados (por exemplo, transtorno depressivo maior crônico com mais de 2 anos de duração, abuso grave de substâncias ou álcool, transtorno psiquiátrico grave comórbido, como psicose, ou risco de suicídio ).</p>
INTERVENÇÃO:	<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</p> <p>Os pacientes do grupo de intervenção receberam no máximo 10 sessões individuais ao longo de 3 meses. Durante 3 meses após as sessões de tratamento, o progresso foi monitorado por telefonemas mensais.</p> <p>O conteúdo da intervenção, “Cuidados com a Depressão para Pessoas com Câncer”, compreendeu educação sobre a depressão e seu tratamento (incluindo medicação antidepressiva); tratamento de resolução de problemas, ensinar aos pacientes estratégias de enfrentamento destinadas a superar sentimentos de desamparo; e comunicação sobre o manejo do transtorno depressivo maior com o oncologista e o médico de cuidados primários de cada paciente. Cada sessão de tratamento de 45 minutos foi ministrada por um dos três enfermeiros oncológicos, que seguiram um manual detalhado.</p>

	<p>As enfermeiras não tinham experiência anterior em psiquiatria e foram treinadas para realizar a intervenção usando materiais escritos, tutoriais e prática supervisionada por pelo menos 3 meses. Um psiquiatra revisava o progresso dos pacientes com as enfermeiras toda semana.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 12 meses</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> Questionário de Saúde do Paciente de nove itens (PHQ-9); Questionário SCL-20 Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ C30); Qualidade de vida para a análise econômica com o questionário Euroqol-5D.</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	<p>A intervenção realizada pelos profissionais de enfermagem a pacientes com câncer melhorou os sintomas de depressão mais do que os cuidados habituais sozinhos. Observou-se melhora na ansiedade e fadiga, mas não na dor ou no funcionamento físico. A intervenção se mostrou ser um modelo viável, econômico e aceitável para o tratamento</p>

	<p>eficaz da depressão comórbida em pacientes que frequentam serviços médicos. Ademais, o efeito do tratamento se manteve em 12 meses, mesmo que a intervenção tenha sido breve, composta por 3 meses de sessões e mais 3 meses de acompanhamento.</p>
<p>LIMITAÇÕES:</p>	<p>A primeira limitação apontada tratou sobre a validade do diagnóstico e medição da depressão maior em pacientes clinicamente doentes. Uma segunda limitação indicada foi a possibilidade de viés nas avaliações dos desfechos autoavaliados, levando em conta que os os pacientes sabiam sua alocação de tratamento, no entanto os resultados auto-relatados e os avaliados independentemente foram semelhantes. A terceira foi a generalização dos achados, pois o estudo excluiu pacientes que apresentavam câncer com prognóstico ruim e pacientes que apresentavam necessidades de tratamento, considerando que poderiam ser mais adequadamente atendidas por serviços psiquiátricos especializados</p>
<p>RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:</p>	<p>Investigar se o “Cuidado de Depressão para Pessoas com Câncer” é custo-efetivo se implementado em larga escala e se a triagem, treinamento de enfermeiros e outros custos são totalmente avaliados e se essa intervenção pode também beneficiar pacientes que têm câncer com</p>

	<p>prognóstico ruim, como câncer de pulmão. Outras questões ainda a serem abordadas são se o benefício para a qualidade de vida melhoraria se outros sintomas, como dor, fossem tratados ao mesmo tempo e se essa abordagem é eficaz para pacientes que frequentam serviços especializados para outros distúrbios médicos ou para pacientes em tratamento em outros sistemas de saúde.</p>
<b>REFERÊNCIA COMPLETA</b>	
<p>Vanessa et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. Strong, Vanessa et al. The Lancet, Volume 372, Issue 9632, 40 - 48. 2008</p>	

<b>APRESENTAÇÃO DO ARTIGO</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention
<b>OBJETIVO(S):</b>	Realizar uma avaliação preliminar da viabilidade e eficácia de uma intervenção realizada por enfermeiros oncológicos em pacientes ambulatoriais de oncologia.
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO:</b>	2004
<b>PAÍS DE PUBLICAÇÃO:</b>	Escócia
<b>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:</b>	Inglês
<b>PERIÓDICO:</b>	British Journal of Cancer
<b>TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:</b>	Artigo Científico
<b>POPULAÇÃO:</b>	Paciente oncológicos com câncer

CONCEITO:	Intervenção realizada por profissionais de enfermagem.
CONTEXTO:	Clínicas de mama, ginecologia, bexiga, próstata, testículo e colorretal no Edinburgh Cancer Center.
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p><b>PESQUISA PRIMÁRIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ensaio clínico ou quase experimental</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de coorte ou longitudinal</p> <p><input type="checkbox"/> estudo transversal</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> fenomenologia</p> <p><input type="checkbox"/> teoria fundamentada</p> <p><input type="checkbox"/> análise narrativa</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p><b>PESQUISA SECUNDÁRIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise</p> <p><input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
POPULAÇÃO:	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> transtorno de depressão</p>

	<p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> estruturado</p> <p><input type="checkbox"/> clínico</p> <p><input type="checkbox"/> estruturado e clínico</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p>Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV (SCID)</p> <p><b>AMOSTRA:</b></p> <p>60</p> <p><b>SELEÇÃO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Randômica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> conveniência</p> <p><input type="checkbox"/> outra (descreva):</p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b></p> <p>Pacientes ambulatoriais com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de câncer e transtorno depressivo maior.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b></p> <p>Os pacientes foram excluídos se: o oncologista previu que eles não sobreviveriam ao acompanhamento ou se tivessem um problema médico complicado e não controlado, um diagnóstico psiquiátrico maior complicador, uma história de depressão há mais de 1 ano antes do diagnóstico de</p>
--	--

	<p>câncer, dificuldade de comunicação e estava atualmente recebendo tratamento especializado ativo de um psicólogo ou psiquiatra.</p>
<p>INTERVENÇÃO:</p>	<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</p> <p>A intervenção compreendeu educação sobre depressão, até 10 sessões de 30 minutos de terapia de resolução de problemas destinadas a ajudar os pacientes a adotar uma abordagem positiva e sistemática para lidar com seus problemas, os pacientes foram encorajados, no contexto da resolução de problemas, a considerar consultar seu médico de família para discutir a terapia antidepressiva, e por último coordenar e monitorar o tratamento do paciente em relação ao MDD.</p> <p>A enfermeira oncológica recebeu treinamento de 6 meses na intervenção e foi classificada como competente com base nas gravações de vídeo do tratamento. Ela recebeu supervisão semanal de um psiquiatra consultor durante o julgamento. As sessões de tratamento ocorreram semanalmente no hospital ou quando necessário em casa ou por telefone. Após o tratamento, os pacientes foram informados de que poderiam entrar em contato com a enfermeira para sessões de “reforço”.</p> <p>DURAÇÃO DO ESTUDO:</p>

	<p>6 meses</p> <p>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</p> <p>As avaliações dos resultados foram em 3 e 6 meses por entrevista por telefone e questionários de auto-relato postal.</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<p>PRINCIPAIS RESULTADOS:</p>	<p>Essa comparação preliminar da intervenção realizada pela enfermeira com os cuidados usuais sugere que é viável treinar uma enfermeira, realizar a intervenção, embora com uma alta taxa de recusa do paciente, e obter a cooperação dos médicos. Também produz um resultado substancialmente melhor para os pacientes. O efeito benéfico é aparente no final da fase de tratamento ativo (3 meses) e é amplamente mantido no ponto de acompanhamento (6 meses).</p>
<p>LIMITAÇÕES:</p>	<p>Comparações não aleatórias podem superestimar as diferenças entre os tratamentos.</p> <p>Houve uma taxa de participação relativamente baixa, embora surpreendentemente, isso não foi muito maior naqueles que receberam cuidados habituais apenas do que naqueles solicitados a participar da intervenção de tratamento muito mais demorada. A principal razão para isso é provavelmente que os pacientes foram recrutados por triagem em vez de encaminhamento.</p>

	<p>Os participantes eram predominantemente do sexo feminino com câncer de mama inativo, limitando a generalização dos achados. A amostra foi pequena levando a amplos intervalos de confiança em torno dos resultados.</p> <p>Como um único enfermeiro administrou a intervenção, não podemos concluir que os enfermeiros oncológicos em geral possam necessariamente ser treinados para realizar o tratamento de forma eficaz.</p>
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	<p>Os resultados deste estudo preliminar indicam que os sistemas de gestão da depressão que combinam triagem e intervenção são dignos de maior desenvolvimento e avaliação em ensaios randomizados.</p>
<b>REFERÊNCIA COMPLETA</b>	
<p>Sharpe, M., Strong, V., Allen, K., Rush, R., Maguire, P., House, A., Ramirez, A., &amp; Cull, A. (2004). Management of major depression in outpatients attending a cancer centre: a preliminary evaluation of a multicomponent cancer nurse-delivered intervention. <i>British journal of cancer</i>, 90(2), 310–313.  <a href="https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601546">https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601546</a></p>	

<b>APRESENTAÇÃO DO ARTIGO</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa
<b>OBJETIVO(S):</b>	O objetivo do estudo foi determinar a eficácia de uma intervenção do grupo cognitivo facilitado pela enfermeira (NFCG) como adjuvante da medicação

	antidepressiva, em mulheres deprimidas leves a moderadas.
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO:</b>	2013
<b>PAÍS DE PUBLICAÇÃO:</b>	África do sul
<b>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:</b>	Inglês
<b>PERIÓDICO:</b>	African journal of psychiatry
<b>TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:</b>	Artigo Científico
<b>POPULAÇÃO:</b>	Mulheres com diagnóstico de transtorno depressivo
<b>CONCEITO:</b>	Intervenção do grupo cognitivo facilitado pela enfermeira
<b>CONTEXTO:</b>	Clínica psiquiátrica comunitária urbana
<b>MÉTODO</b>	
<b>DELINEAMENTO DE PESQUISA:</b>	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p>(x) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>( ) Ensaio clínico randomizado</p> <p>(x) ensaio clínico ou quase experimental</p> <p>( ) estudo de coorte ou longitudinal</p> <p>( ) estudo transversal</p> <p>( ) estudo de caso controle</p> <p>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p>( ) Pesquisa etnográfica</p> <p>( ) pesquisa etnometodológica</p> <p>( ) estudo de caso</p> <p>( ) fenomenologia</p> <p>( ) teoria fundamentada</p> <p>( ) análise narrativa</p> <p>( ) pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p>

	<input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise <input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise
<b>POPULAÇÃO:</b>	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> transtorno de depressão <input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <input type="checkbox"/> estruturado <input checked="" type="checkbox"/> clínico <input type="checkbox"/> estruturado e clínico <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p><b>AMOSTRA:</b> 30</p> <p><b>SELEÇÃO</b></p> <input type="checkbox"/> randômica <input checked="" type="checkbox"/> conveniência <input type="checkbox"/> outra (descreva): <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b> Para serem incluídas neste estudo, as mulheres tiveram que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falar e entender inglês,</li> <li>• ser mulheres indianas,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reside nas áreas geográficas especificadas no sul de Durban, conforme prescrito pelo estudo,</li> <li>• ter entre 25 e 65 anos,</li> <li>• ser diagnosticado como deprimido, seja por características clínicas ou por diagnóstico DSM IV, por um Médico ou um Psiquiatra empregado na clínica,</li> <li>• têm uma pontuação no Inventário de Depressão de Beck de mais de nove (9) e menos de 29 (depressão leve a moderada),</li> <li>• esteve sob medicação antidepressiva prescrita em clínica pelo Psiquiatra ou pelo Médico três meses ou mais.</li> </ul> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b></p>
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b></p> <p>A intervenção do grupo cognitivo facilitado pela enfermeira (NFCG) seguiu os princípios da terapia cognitiva em grupo, sendo focado na resolução de problemas.</p> <p>O grupo foi facilitado por uma enfermeira psiquiátrica avançada com a assistência de uma enfermeira psiquiátrica qualificada e registrada. As sessões de grupo eram realizadas semanalmente às quartas-feiras na clínica, durante uma a duas horas de duração em 15 sessões em grupo.. A</p>

	<p>intervenção foi aplicada de acordo com a terapia cognitivo-comportamental, baseada no modelo de Gordon, conforme explicado no Livro das Mulheres e o Manual do Facilitador. Os assuntos semanais discutidos incluíram os seguintes tópicos: estabelecimento de metas, depressão, auto-estima, relacionamentos, assertividade, gerenciamento de conflitos, estresse, nutrição e construção de força, exercícios. Estar ciente de pensamentos negativos, comportamentos negativos, aprender mais habilidades de enfrentamento eficazes, eliminando a defesa negativa e obter insights sobre sua própria dependência e desamparo.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 12 semanas</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> BDI</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	<p>A intervenção NFCG como adjuvante ao tratamento medicamentoso antidepressivo foi eficaz na redução dos níveis de depressão. As mulheres aprenderam a resolver problemas, bem como apoiar umas às outras e a construir vínculos positivos, desenvolver novas habilidades de enfrentamento e aliviar</p>

	a si mesmas de um pouco da culpa, perda e tristeza que tinham.
<b>LIMITAÇÕES:</b>	O tamanho da amostra foi pequeno; Havia apenas um grupo de raça e um gênero A presença de crianças não foi previsto e, conseqüentemente, a sua presença foi não adequadamente planejados, no entanto, eles chegaram ao sessões com suas mães e avós; O uso de antidepressivos e o "tratamento habitual" ou "padrão" não foi analisado e descrito completamente.
<b>RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:</b>	É fortemente recomendado que tais intervenções sejam consideradas por enfermeiras psiquiátricas. Sugere-se que uma replicação deste estudo seja feito, usando uma amostra multicultural, mais de um gênero e um tamanho de amostra maior para generalizar resultado deste estudo para outros grupos e configurações.
<b>REFERÊNCIA COMPLETA</b>	
<b>Chetty, D., &amp; Hoque, M. E. (2013). Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa. African journal of psychiatry, 16(1), 29–34. <a href="https://doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.5">https://doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.5</a></b>	

<b>APRESENTAÇÃO DO ARTIGO</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Effectiveness and Efficacy of Therapeutic Interventions Performed by Nurses for Anxiety Disorders: A Systematic Review

OBJETIVO(S):	Realizar uma revisão sistemática para avaliar a qualidade da evidência das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros na assistência a indivíduos com transtornos de ansiedade.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2022
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Brasil
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	Journal of the American Psychiatric Nurses Association
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Indivíduos com diagnóstico de transtorno de ansiedade
CONCEITO:	Intervenções terapêuticas realizadas por profissionais de enfermagem
CONTEXTO:	Todos os contextos de saúde.
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p><b>PESQUISA PRIMÁRIA</b></p> <p><b>( ) ABORDAGEM QUANTITATIVA</b></p> <p>( ) Ensaio clínico randomizado  ( ) ensaio clínico ou quase experimental  ( ) estudo de coorte ou longitudinal  ( ) estudo transversal  ( ) estudo de caso controle</p> <p><b>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</b></p> <p>( ) Pesquisa etnográfica  ( ) pesquisa etnometodológica  ( ) estudo de caso  ( ) fenomenologia  ( ) teoria fundamentada</p>

	<p><input type="checkbox"/> análise narrativa</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p><b>PESQUISA SECUNDÁRIA</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise</p> <p><input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
<p><b>POPULAÇÃO:</b></p>	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> transtorno de ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de depressão</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> estruturado</p> <p><input type="checkbox"/> clínico</p> <p><input type="checkbox"/> estruturado e clínico</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p><b>AMOSTRA:</b></p> <p>6 artigos da literatura científica</p> <p><b>SELEÇÃO</b></p> <p><input type="checkbox"/> randômica</p> <p><input type="checkbox"/> conveniência</p> <p><input type="checkbox"/> outra (descreva):</p> <p><b>TAMANHO</b></p> <p>Inicial:</p>

	<p>Final:</p> <p><b>PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS:</b></p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b>  A busca sistemática de resumos teve os seguintes critérios de inclusão: (1) ser um estudo de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não), (2) envolver apenas adultos entre 18 e 75 anos e (3) ter um diagnóstico clínico ou estruturado de um transtorno de ansiedade.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b>  Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) estudos não intervencionistas, (2) estudos com crianças, (3) artigos de revisão, (4) estudos com outros transtornos além dos transtornos de ansiedade como diagnóstico principal, (5) estudos que não envolvam um mínimo de 50% da participação do indivíduo na intervenção, (6) estudos com amostra duplicada, (7) estudos com amostra inferior a 10 sujeitos e (8) estudos de seguimento de artigos já incluídos.</p>
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b></p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b></p>

	MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:
RESULTADOS	
PRINCIPAIS RESULTADOS:	Os resultados obtidos indicam que as intervenções terapêuticas realizadas pelos enfermeiros são benéficas aos indivíduos com transtornos de ansiedade, colaborando com a melhora significativa da redução dos níveis de ansiedade, redução do uso de drogas, melhora do autocontrole e remissão dos sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade e comorbidades. Além disso, contribuindo para a obtenção de alívio e redução do sofrimento de natureza psíquica.
LIMITAÇÕES:	Não houve busca ativa de artigos inéditos na literatura, o que poderia levar a um viés de publicação. Além disso, os resultados da revisão devem ser observados quanto à limitação do pequeno número de estudos e identificação de manuscritos recentes sobre o tema, o que dificultou a síntese dos achados.
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	Mais pesquisas devem ser realizadas a fim de estabelecer mais evidências sobre intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para atender indivíduos com transtornos de ansiedade utilizando protocolos reprodutíveis.
REFERÊNCIA COMPLETA	
Amaral RI, Weston FCL, Hirakata VN, Paz AA, Wesner AC. Effectiveness and Efficacy of Therapeutic Interventions Performed by Nurses for Anxiety Disorders: A	

Systematic Review. Journal of the American Psychiatric Nurses Association.  
2022;28(4):283-294. doi:10.1177/10783903211068105

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
TÍTULO:	Cost-effectiveness of Systematic Depression Treatment Among People With Diabetes Mellitus
OBJETIVO(S):	Avaliar o custo incremental e custo-efetividade de um programa sistemático de tratamento da depressão entre pacientes ambulatoriais com diabetes.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2007
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Estados Unidos
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	Arch Gen Psychiatry
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo científico
POPULAÇÃO:	Pacientes com Diabetes Mellitus e depressão
CONCEITO:	Realização de um tratamento sistemático por enfermeiros
CONTEXTO:	Clínicas de cuidados primários do Group Health Cooperative (GHC), um plano de saúde pré-pago de modelo misto.
MÉTODO	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> ensaio clínico ou quase experimental</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de coorte ou longitudinal</p> <p><input type="checkbox"/> estudo transversal</p>

	<p><input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> fenomenologia</p> <p><input type="checkbox"/> teoria fundamentada</p> <p><input type="checkbox"/> análise narrativa</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise</p> <p><input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
POPULAÇÃO:	<p>QUAL O DIAGNÓSTICO:</p> <p><input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> transtorno de depressão</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p><input type="checkbox"/> Estruturado</p> <p><input type="checkbox"/> clínico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> estruturado e clínico</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Questionário de Saúde do Paciente 9 (PHQ-9)</p> <p>SCL-90</p> <p>AMOSTRA:</p> <p>329</p>

	<p>SELEÇÃO</p> <p>(x) Randômica  ( ) conveniência  ( ) outra (descreva):</p> <p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:  Os pacientes elegíveis eram ambulatoriais, falavam inglês, tinham audição adequada para completar uma entrevista por telefone.</p> <p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:  As exclusões psiquiátricas foram as seguintes: atualmente em tratamento com psiquiatra; um diagnóstico baseado em dados de diagnóstico automatizado do GHC de transtorno bipolar ou esquizofrenia; uso de medicação antipsicótica estabilizadora de humor com base nos dados da farmácia automatizada do GHC; e confusão mental na entrevista, sugerindo demência significativa.</p>
INTERVENÇÃO:	<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</p> <p>A intervenção seguiu um modelo de cuidado escalonado, com o tratamento sendo farmacoterapia antidepressiva ou psicoterapia estruturada. Para pacientes que já usam medicação antidepressiva na linha de base, a etapa 1 pode incluir ajuste da medicação ou adição de psicoterapia estruturada. Para pacientes que não responderam ao tratamento da etapa 1, a etapa 2 incluiu a adição de uma segunda modalidade de tratamento (por exemplo,</p>

	<p>adição de farmacoterapia para aqueles que começam com psicoterapia) e/ou ajuste de medicação (por exemplo, mudança de dose, troca de medicação ou aumento). Para aqueles que não responderam após 12 semanas adicionais, a etapa 3 incluiu consulta pessoal com um dos psiquiatras do estudo e/ou encaminhamento para cuidados de saúde mental especializados em andamento no GHC.</p> <p>A psicoterapia estruturada, tratamento de resolução de problemas, seguiu o modelo desenvolvido por Mynors-Wallis e cols . e adaptado por Hegel e cols . para uso no ensaio clínico IMPACT. Essa psicoterapia estruturada específica para a depressão concentra-se no desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas mais eficazes e inclui tarefas de casa estruturadas entre as sessões.</p> <p>Cada enfermeira recebeu 1 semana de treinamento inicial e demonstrou proficiência no tratamento de resolução de problemas durante o tratamento de 4 casos de prática.</p> <p>Os participantes dos grupos de intervenção e cuidados usuais foram contatados por telefone para avaliação cega do resultado clínico (escala de depressão do SCL) em aproximadamente 3, 6, 12 e 24 meses após a randomização.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 24 meses</p>
--	---

	<p>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</p> <p>SCL-90;</p> <p>O uso e o custo dos serviços de saúde prestados pelo GHC foram medidos usando os registros informatizados de contabilidade de custos do plano de saúde.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>	
<p>PRINCIPAIS RESULTADOS:</p>	<p>Os cuidados colaborativos para pacientes com diabetes e depressão comórbida produziram um aumento significativo e sustentado, durante os 24 meses, de dias livres de depressão. O valor econômico geral da intervenção inclui economia de custos e benefícios clínicos.</p>
<p>LIMITAÇÕES:</p>	<p>Os achados em uma amostra de adultos de meia-idade e idosos com diabetes podem não se generalizar para a população geral de pacientes com depressão.</p> <p>Esse programa integrado de tratamento da depressão pode ser mais difícil de implementar em sistemas de saúde menos organizados.</p> <p>Os padrões de uso de cuidados de saúde nesta amostra podem diferir daqueles em um sistema de saúde com diferentes mecanismos de financiamento e incentivos financeiros.</p> <p>Não é possível distinguir os efeitos específicos da medicação antidepressiva ou da psicoterapia dos efeitos inespecíficos do aumento do contato com profissionais de saúde de apoio.</p>

	A amostra deste estudo não foi grande o suficiente para comparar com precisão os custos de internação ou os custos totais dos serviços de saúde.
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	Pesquisas futuras devem examinar a eficácia e o custo a longo prazo do tratamento aprimorado da depressão.
REFERÊNCIA COMPLETA	
Simon GE, Katon WJ, Lin EHB, et al. Cost-effectiveness of Systematic Depression Treatment Among People With Diabetes Mellitus. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(1):65–72. doi:10.1001/archpsyc.64.1.65	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
TÍTULO:	Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive–Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder
OBJETIVO(S):	Identificar os fatores terapêuticos considerados mais úteis pelos pacientes durante a TCCG. Além disso, objetivamos investigar a relação entre a classificação do paciente de fatores terapêuticos e estágios específicos da TCCG.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2017
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Brasil
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	inglês
PERIÓDICO:	Archives of Psychiatric Nursing
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Indivíduos diagnosticados com ansiedade
CONCEITO:	Intervenção em grupo realizada por enfermeiras
CONTEXTO:	HCPA

MÉTODO	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado  <input checked="" type="checkbox"/> ensaio clínico ou quase experimental  <input type="checkbox"/> estudo de coorte ou longitudinal  <input type="checkbox"/> estudo transversal  <input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica  <input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica  <input type="checkbox"/> estudo de caso  <input type="checkbox"/> fenomenologia  <input type="checkbox"/> teoria fundamentada  <input type="checkbox"/> análise narrativa  <input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise  <input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
POPULAÇÃO:	<p>QUAL O DIAGNÓSTICO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> transtorno de ansiedade  <input type="checkbox"/> transtorno de depressão  <input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> estruturado</p>

	<p><input type="checkbox"/>clínico</p> <p><input type="checkbox"/>estruturado e clínico</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</p> <p><b>AMOSTRA:</b> 16</p> <p><b>SELEÇÃO</b></p> <p><input type="checkbox"/> randômica <input checked="" type="checkbox"/> conveniência <input type="checkbox"/> outra (descreva):</p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b> Os critérios de inclusão foram idade entre 18 e 65 anos, diagnóstico de DP com ou sem agorafobia comórbida ( American Psychiatric Association, 2014 ) , ser alfabetizado, não fazer uso de medicação ou em uso estável para tratamento da DP há pelo menos quatro meses anteriores ao estudo.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b> Pacientes com sintomas psicóticos, em risco de suicídio ou com depressão grave (definido como Inventário de Depressão de Beckpontuações <math>\geq 30</math>) foram excluídos.</p>
<b>INTERVENÇÃO:</b>	<b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b>

	<p>Foram realizadas 12 sessões semanais de TCCG de 90 minutos com psicoeducação , técnicas de enfrentamento da ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e naturalista e exposição ao vivo a situações evitadas. Os grupos foram coordenados por duas enfermeiras (terapeuta e co-terapeuta) especialistas em saúde mental e com experiência anterior em TCCG.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> Agosto de 2013 e julho de 2014</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> Panic Disorder Severity Scale (PDSS); Escala de Hamilton para Ansiedade (HAM-A); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Clinical Global Impressions (CGI); Yalom's Curative Factors Questionnaire</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	<p>A intervenção em grupo realizada pelos profissionais de enfermagem proporcionou aos pacientes um local acolhedor para tratar questões importantes relacionadas à vida com a DP, permitindo uma melhor compreensão da realidade versus sintomas. Além disso, observou-se um aumento significativo na classificação de altruísmo, autocompreensão e orientação.</p>
<b>LIMITAÇÕES:</b>	<p>A ausência de um grupo controle e o pequeno tamanho da amostra podem ter</p>

	<p>comprometido o poder estatístico, e a classificação do paciente sobre os efeitos terapêuticos em um curto período de tempo pode ter levado a respostas sistematizadas.</p> <p>A ampla faixa etária dos participantes (22 a 58 anos) pode limitar a generalização dos presentes resultados, dada a possibilidade de diferenças no estado cognitivo e emocional entre mais jovens e mais velhos adultos.</p>
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	<p>Pesquisas futuras devem se concentrar em ensaios clínicos randomizados desenvolvidos com faixas etárias específicas para explorar o papel dos fatores terapêuticos em grupo no sucesso da TCCG.</p>
REFERÊNCIA COMPLETA	
<p>Behenck, A., Wesner, A. C., Finkler, D., &amp; Heldt, E. (2017). Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder. <i>Archives of psychiatric nursing</i>, 31(2), 142–146.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001</a></p>	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
TÍTULO:	Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial
OBJETIVO(S):	Avaliar a eficácia dos cuidados escalonados colaborativos (CSC) no

	tratamento de transtornos mentais comuns.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2018
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Holanda
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	The British Journal of Psychiatry
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Pacientes com transtornos mentais comuns
CONCEITO:	Realização de cuidados escalonados colaborativos.
CONTEXTO:	Atenção primária e atenção de saúde mental especializada
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p>(x) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>(x) Ensaio clínico randomizado  () ensaio clínico ou quase experimental  () estudo de coorte ou longitudinal  () estudo transversal  () estudo de caso controle</p> <p>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p>( ) Pesquisa etnográfica  () pesquisa etnometodológica  () estudo de caso  () fenomenologia  () teoria fundamentada  () análise narrativa  () pesquisa ação</p>

	<p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p>( ) Revisão sistemática com metanálise ( ) revisão sistemática sem metanálise</p>
<p>POPULAÇÃO:</p>	<p>QUAL O DIAGNÓSTICO:</p> <p>( ) Transtorno de ansiedade ( ) transtorno de depressão (x) transtorno de ansiedade e depressão</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>(x)Estruturado ( )clínico ( )estruturado e clínico</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)</p> <p>AMOSTRA:</p> <p>CSC tinham 94 pacientes 64 pacientes na condição CAU.</p> <p>SELEÇÃO</p> <p>(x) Randômica ( ) conveniência ( ) outra (descreva):</p> <p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</p> <p>Foram incluídos pacientes ambulatoriais com 18 anos ou mais com transtornos mentais comuns diagnosticados pelo GP</p>

	<p>e que deram consentimento informado por escrito para participar. Foram incluídos pacientes com os seguintes transtornos do DSM-IV 10 : transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, fobia específica, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior e menor unipolar, distimia ou um dos transtornos de ajuste relacionados ao estresse.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b></p> <p>Os pacientes foram excluídos quando preencheram os critérios do DSM-IV 10 para dependência de álcool ou drogas, demência, transtorno psicótico ou transtorno bipolar. Pacientes com transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo foram incluídos apenas quando esses transtornos estavam comórbidos com um dos transtornos nos critérios de inclusão. Além disso, foram excluídos os pacientes que já estivessem em tratamento com psicotrópicos (exceto benzodiazepínicos), terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou terapia interpessoal para o episódio atual do transtorno. Além disso, os pacientes foram excluídos se não fossem suficientemente proficientes na língua holandesa para preencher as escalas de medida.</p>
INTERVENÇÃO:	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:

	<p>Pacientes com ansiedade leve ou moderadamente grave ou transtornos depressivos iniciaram o tratamento com um tratamento de primeira etapa na atenção primária. Os pacientes com transtorno grave foram encaminhados diretamente ao ambulatório do serviço especializado de saúde mental para o tratamento de segunda etapa e receberam TCC e antidepressivos.</p> <p>A intervenção de primeiro passo foi fornecida na atenção primária. Foi oferecido aos pacientes um curso de autoajuda de 3,5 meses, com orientação da enfermeira psiquiátrica no consultório do clínico geral ou em casa, em cinco sessões de 45 minutos. O curso de autoajuda para depressão foi um curso amplamente utilizado baseado no método de Lewinsohn e colegas. Referência Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz-Breckenridge e Teri. O curso de autoajuda 'Stresspac' foi usado para ansiedade e transtornos relacionados ao estresse. Ambos os cursos consistem em apostilas com psicoeducação e exercícios cognitivos e comportamentais e mostraram-se eficazes em estudos anteriores. Referência Branco, Lewinsohn e Clarke.</p> <p>Além da auto-ajuda guiada, os pacientes com ansiedade moderadamente grave ou transtorno depressivo receberam</p>
--	--

	<p>medicação antidepressiva de acordo com algoritmos específicos do transtorno.</p> <p>O tratamento oferecido na etapa dois consistiu em TCC em associação com antidepressivos fornecidos no serviço de saúde mental especializado ambulatorial. Enfermeiras psiquiátricas participaram de uma sessão de treinamento de 2 dias em estratégias básicas de TCC. Eles tinham à disposição um manual detalhado, estruturado sessão a sessão, para orientar o curso de autoajuda. Além disso, a supervisão em grupo para feedback e adesão ao manual ocorreu a cada 2 semanas com um terapeuta comportamental experiente.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 12 meses</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> Clinical Global Impression - Severity (CGI-S). Escala de Avaliação de Hamilton para Ansiedade (HRSA) Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) Short-Form 36 Health Survey auto-avaliado (SF-36)</p>
<b>RESULTADOS</b>	

PRINCIPAIS RESULTADOS:	Os resultados demonstraram que no acompanhamento de 8 e 12 meses após a intervenção não houve diferenças significativas entre o grupo que recebeu os cuidados usuais e o cuidado escalonado com a auto-ajuda guiada. No entanto, o acompanhamento de 4 meses resultou em diferenças significativas entre os grupos, demonstrando uma resposta e remissão mais rápida dos sintomas no grupo que recebeu a intervenção.
LIMITAÇÕES:	Uma limitação deste estudo é o menor número de pacientes incluídos no grupo CAU em comparação com o grupo CSC. Além disso, a randomização por conglomerados seguida pela seleção dos pacientes pelos médicos de clínica geral acarreta um risco de viés de seleção.
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	Replicação da intervenção em amostras maiores com atenção especial à sua relação custo-benefício.
REFERÊNCIA COMPLETA	
Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot WJ, Muntingh A, et al. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. <i>British Journal of Psychiatry</i> . Cambridge University Press; 2013;203(2):132–9.	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
TÍTULO:	A pilot study of a nurse-delivered cognitive behavioral therapy intervention

	(Ziphamandla) for adherence and depression in HIV in South Africa
OBJETIVO(S):	Avaliar se Ziphamandla era (1) viável e aceitável para pacientes e provedores (medido pela retenção de pacientes e fidelidade do provedor à intervenção) e (2) associado a melhorias nos sintomas depressivos, funcionamento e adesão à adesão à terapia antirretroviral (TARV).
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2016
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	África do sul
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	Journal of Health Psychology
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Paciente com HIV e depressão
CONCEITO:	Administração de uma intervenção por profissionais de enfermagem.
CONTEXTO:	Clínicas de atenção primária ao HIV
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p>( ) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>( ) Ensaio clínico randomizado  (x) ensaio clínico ou quase experimental  ( ) estudo de coorte ou longitudinal  ( ) estudo transversal  ( ) estudo de caso controle</p> <p>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p>( ) Pesquisa etnográfica  ( ) pesquisa etnometodológica  ( ) estudo de caso</p>

	<p>( ) fenomenologia  ( ) teoria fundamentada  ( ) análise narrativa  ( ) pesquisa ação</p> <p><b>PESQUISA SECUNDÁRIA</b></p> <p>( ) Revisão sistemática com metanálise  ( ) revisão sistemática sem metanálise</p>
<p><b>POPULAÇÃO:</b></p>	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>( ) Transtorno de ansiedade  (x) transtorno de depressão  ( ) transtorno de ansiedade e depressão</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>(x)Estruturado  ( )clínico  ( )estruturado e clínico</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b>  Mini International Diagnostic Interview  6.0 (MINI)</p> <p><b>AMOSTRA:</b>  14</p> <p><b>SELEÇÃO</b></p> <p>( ) Randômica  (x) conveniência  ( ) outra (descreva):</p>

	<p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b></p> <p>Adulto (18+ anos), ser fluente em isiXhosa ou inglês, atender aos critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior (TDM) conforme avaliado pelo Mini International Neuropsychiatric Interview 6.0 (MINI), ser HIV- positivo, e usando ART.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b></p> <p>Os participantes foram excluídos do estudo se fossem ativamente suicidas ou psicóticos ou se tivessem um problema neurológico não controlado. Critérios de exclusão adicionais incluíram (1) ter iniciado ou ter sua dose de medicação psicotrópica alterada nos últimos 3 meses, (2) estar atualmente recebendo psicoterapia para depressão, ou (3) ter recebido previamente CBT.</p>
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b></p> <p>Foi realizada por enfermeiras clínicas uma intervenção que integra a TCC para depressão com uma abordagem cognitivo-comportamental para aconselhamento de adesão (intervenção de terapia cognitivo-comportamental para adesão e depressão (TCC-AD)). Nesse sentido, foi desenvolvida uma intervenção baseada em TCC-AD, com enfermeiros clínicos, usando uma abordagem de compartilhamento de tarefas (Ziphamandla), que se adaptou ao contexto da África do Sul.</p>

	<p>A terapia compreendeu 5 módulos:  Módulo 1. Psicoeducação e entrevista motivacional; Módulo 2. Passos da Vida; Módulo 3. Agendamento de atividades; Módulo 4. Resolução de problemas; Módulo 5. Treinamento de relaxamento.  A duração do tratamento foi adaptada às necessidades do paciente (variando de seis a oito sessões).</p> <p>O treinamento ocorreu uma vez por semana durante 4 horas. Após 88 horas de treinamento, os intervencionistas passaram por uma avaliação para determinar sua prontidão para iniciar o tratamento.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b>  3 meses</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b>  CES-D  Escala de Incapacidade Sheehan (SDS)  Escala de Depressão de Hamilton  Aderência ARV  Procedimento de classificação de fidelidade do terapeuta</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	<p>Primeiro, a intervenção com Ziphamandla foi aceitável para os pacientes, conforme evidenciado pela retenção do paciente. Em segundo lugar, a implementação da intervenção Ziphamandla foi viável, medida pela</p>

	<p>retenção de pacientes e fidelidade do provedor à entrega da intervenção. A terceira etapa formativa que foi realizada neste estudo foi a coleta de dados preliminares que suportam a associação da intervenção Ziphamandla com melhorias nos sintomas depressivos e funcionamento entre PVHA. Em relação à adesão, daqueles que completaram o tratamento ( n = 12), 67% mantiveram a adesão ideal à TARV (<math>\geq 80\%</math>) durante todo o período do estudo. No entanto, não encontramos melhorias significativas na adesão à TARV após o tratamento.</p>
<p>LIMITAÇÕES:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Amostra quase exclusivamente feminina;</li> <li>● Outra limitação potencial é o procedimento de recrutamento ligeiramente diferente por ambiente clínico e quaisquer implicações dos diferentes procedimentos no recrutamento da população de pacientes; Os efeitos da intervenção sobre os sintomas depressivos são maiores do que o esperado de uma intervenção comportamental de seis a oito sessões;</li> <li>● É possível que a confiabilidade desse efeito seja limitada pelo pequeno tamanho da amostra e também seja difícil interpretar o tamanho do efeito na ausência de</li> </ul>

	<p>uma condição de comparação aleatória.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A confiabilidade das classificações de fidelidade também pode ter sido influenciada pelo pequeno tamanho da amostra.</li> <li>● A confiabilidade e validade da tradução isiXhosa do CES-D não pôde ser determinada devido à pequena amostra. O autorrelato de sintomas depressivos pelos participantes ao longo do tempo também pode ter sido influenciado pela expectativa percebida do investigador.</li> </ul>
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	<p>Mais pesquisas abordando as limitações e desafios de implementação deste estudo são necessárias para validar e garantir a entrega sustentável desta intervenção. Um estudo randomizado e controlado da intervenção Ziphamandla em PVHS na África do Sul, com uma análise de custo-efetividade, é essencial.</p>
REFERÊNCIA COMPLETA	
<p>Andersen LS, Magidson JF, O’Cleirigh C, et al. A pilot study of a nurse-delivered cognitive behavioral therapy intervention (Ziphamandla) for adherence and depression in HIV in South Africa. <i>Journal of Health Psychology</i>. 2018;23(6):776-787. doi:10.1177/1359105316643375</p>	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO
------------------------

TÍTULO:	A Minimal Psychological Intervention in Chronically Ill Elderly Patients with Depression: A Randomized Trial
OBJETIVO(S):	Avaliar a eficácia de uma intervenção psicológica mínima liderada por enfermeiros (MPI) em idosos cronicamente doentes com depressão.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2010
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Holanda
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	Psychother Psychosom
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Idosos cronicamente doentes com depressão
CONCEITO:	Intervenção psicológica mínima liderada por enfermeiros
CONTEXTO:	Atenção primária
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p>( ) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>(x) Ensaio clínico randomizado</p> <p>( ) ensaio clínico ou quase experimental</p> <p>( ) estudo de coorte ou longitudinal</p> <p>( ) estudo transversal</p> <p>( ) estudo de caso controle</p> <p>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p>( ) Pesquisa etnográfica</p> <p>( ) pesquisa etnometodológica</p> <p>( ) estudo de caso</p> <p>( ) fenomenologia</p>

	<p>( ) teoria fundamentada  ( ) análise narrativa  ( ) pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p>( ) Revisão sistemática com metanálise  ( ) revisão sistemática sem metanálise</p>
<p>POPULAÇÃO:</p>	<p>QUAL O DIAGNÓSTICO:</p> <p>( ) Transtorno de ansiedade  (x) transtorno de depressão  ( ) transtorno de ansiedade e depressão</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p>(x)Estruturado  ( )clínico</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Mini International Neuropsychiatric  Interview ( MINI)</p> <p>AMOSTRA:</p> <p>361  183 intervenção  178 cuidados habituais</p> <p>SELEÇÃO</p> <p>( x ) Randômica  ( ) conveniência  ( ) outra (descreva):</p> <p>PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS:</p>

	<p>Pacientes com depressão menor, depressão maior leve a moderada ou distímia (de acordo com o MINI) foram convidados a participar do estudo.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:</b> Pacientes diagnosticados pelo seu médico de família com DM tipo II ou DPOC, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na comunidade.</p> <p><b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:</b> Tratamento com antidepressivos para depressão, problemas psiquiátricos graves (depressão bipolar, esquizofrenia, abuso de álcool ou substâncias), tratamento psicossocial/psiquiátrico atual, problemas cognitivos graves, em lista de espera de um lar de idosos, acamado, pacientes em risco de suicídio e pacientes com depressão maior grave.</p>
<p><b>INTERVENÇÃO:</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</b></p> <p>A Intervenção Psicológica Mínima contém elementos do Programa de Autogestão de Doenças Crônicas (CDSMP) de Lorig e Gonzales, o modelo de Reatribuição de Goldberg e do trabalho do grupo de projeto do Interventie Studie Eerste Lijn (INSTEL). A intervenção visa ensinar os pacientes a assumirem a responsabilidade pelo gerenciamento diário de sua doença e</p>

	<p>suas consequências. Em suma, consiste em cinco fases:</p> <p>Fase 1. A enfermeira explora as cognições do paciente sobre a origem dos sintomas e queixas e sua relação com limitações e comportamento.</p> <p>Fase 2: O paciente mantém um diário, onde registra sintomas, queixas, pensamentos, preocupações, sentimentos relacionados e comportamento.</p> <p>Fase 3: Usando as informações do diário, a enfermeira desafia o paciente a vincular seu humor e comportamento consequente ao curso da doença crônica. Será feita uma distinção entre queixas relacionadas à doença em si e aquelas relacionadas às consequências emocionais e comportamentais da doença.</p> <p>Fase 4: Introdução da abordagem de autogestão pelo enfermeiro. O paciente explora suas possibilidades de alterar seu comportamento. Ele ou ela então faz um plano sobre como resolver os problemas percebidos e define metas específicas a serem alcançadas antes da próxima visita da enfermeira.</p> <p>Fase 5: Avaliação do progresso no cumprimento das metas</p>
--	--

	<p>A intervenção é uma combinação de TCC e autogestão; reatribuição de cognições negativas e resolução de problemas foram elementos centrais da intervenção.</p> <p>Quatro enfermeiros sem experiência específica em saúde mental concluíram com sucesso um curso de treinamento de 4 dias ministrado por psiquiatra, clínico geral e psicólogo. No curso, os enfermeiros aprenderam como detectar depressão (maior e menor) e como tratar pacientes com técnicas baseadas em autogestão e TCC. As sessões de reforço durante o curso completo do estudo complementaram ainda mais o curso de 4 dias.</p> <p>Durante o estudo, os pacientes receberam de 2 a 10 visitas durante um período de (no máximo) 3 meses.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b> 9 meses</p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b> Inventário de Depressão de Beck (BDI) Physical Component Score (PCS) e o Mental Component Score (MCS) do Short-Form 36 (SF-36)</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	Os idosos do grupo intervenção com doenças crônicas e depressão

	<p>apresentaram, aos 3 e 9 meses após a intervenção, significativamente menos sintomas depressivos do que os idosos do grupo controle. As taxas de melhora do BDI foram significativamente maiores nos pacientes de intervenção do que nos controles no último acompanhamento. Aos 9 meses, os pacientes diabéticos com MPI tiveram uma melhor qualidade de vida do que os controles diabéticos. O MPI demonstrou ser um método viável e altamente aceitável e satisfatório para pacientes e enfermeiros.</p>
LIMITAÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Taxa geral de desistência de 33%, com um pouco mais de desistências no grupo intervenção do que no grupo controle;</li> <li>● O cegamento dos pacientes não foi possível;</li> <li>● Embora todos os enfermeiros tenham tido um desempenho aceitável na entrevista diagnóstica de acordo com o psiquiatra que os treinou, a confiabilidade de suas classificações não foi quantificada;</li> <li>● Foi optado pela não inclusão do braço placebo como comparador.</li> </ul>
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	<p>Mais pesquisas são necessárias para avaliar se os ajustes pretendidos para a intervenção podem melhorar a eficácia e a relação custo-benefício dessa abordagem liderada por enfermeiros.</p>
REFERÊNCIA COMPLETA	

Lamers F, Jonkers CC, Bosma Het al. A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: a randomized trial. *Psychother Psychosom*2010; 79: 217–26.

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
TÍTULO:	Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder
OBJETIVO(S):	Avaliar a resposta a quatro sessões de resiliência e estratégia de enfrentamento adicionadas ao protocolo padrão de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para DP.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2019
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Brasil
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	Archives of Psychiatric Nursing
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo Científico
POPULAÇÃO:	Pacientes com transtorno do pânico (TP)
CONCEITO:	Sessões de terapia cognitivo comportamental realizadas em grupo por profissionais da enfermagem.
CONTEXTO:	HCPA e ambulatório do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
MÉTODO	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ensaio clínico ou quase experimental</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de coorte ou longitudinal</p>

	<p><input type="checkbox"/> estudo transversal</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso controle</p> <p><input type="checkbox"/> ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Pesquisa etnográfica</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa etnometodológica</p> <p><input type="checkbox"/> estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> fenomenologia</p> <p><input type="checkbox"/> teoria fundamentada</p> <p><input type="checkbox"/> análise narrativa</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa ação</p> <p>PESQUISA SECUNDÁRIA</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise</p> <p><input type="checkbox"/> revisão sistemática sem metanálise</p>
POPULAÇÃO:	<p>QUAL O DIAGNÓSTICO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> transtorno de ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de depressão</p> <p><input type="checkbox"/> transtorno de ansiedade e depressão</p> <p>DIAGNÓSTICO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> estruturado</p> <p><input type="checkbox"/> clínico</p> <p><input type="checkbox"/> estruturado e clínico</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)</p> <p>AMOSTRA:</p>

	<p>Grupo controle (50) Grupo intervenção (50)</p> <p>SELEÇÃO</p> <p>(x) randômica ( ) conveniência ( ) outra (descreva):</p> <p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Pacientes com diagnóstico de DP associada ou não à agorafobia de acordo com o DSM-5 foram incluídos no estudo se tivessem entre 18 e 65 anos de idade, estivessem em dose estável de medicação por mais de quatro meses e teve uma impressão clínica global (CGI) <math>\geq 3</math>.</p> <p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Pacientes com sintomas psicóticos, depressão maior grave (Inventário de Depressão de Beck [BDI] <math>\geq 35</math>), doença clínica significativa ou doenças crônicas incapacitantes nos últimos 6 meses antes do estudo.</p>
INTERVENÇÃO:	<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:</p> <p>A duração do tratamento para o grupo de intervenção foi de quatro meses. As 12 sessões padrão de TCCG foram realizadas semanalmente e quatro sessões semanais extras de 90 minutos foram realizadas para cobrir estratégias de enfrentamento cognitivo e resiliência.</p>

	<p>As sessões de intervenção foram conduzidas por duas enfermeiras com experiência prévia em TCC e um residente psiquiátrico. Foram utilizados os seguintes elementos da TCC: psicoeducação, técnicas de controle da ansiedade, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e naturalística e, finalmente, in vivo exposição.</p> <p>As sessões iniciais envolveram instruções sobre o modelo cognitivo do medo e técnicas para lidar com a ansiedade (como relaxamento muscular e respiração diafragmática). A segunda fase abordou pensamentos automáticos e a identificação e avaliação de evidências a favor ou contra interpretações catastróficas. A exposição interoceptiva foi realizada simulando sintomas físicos. Na fase final do tratamento, os pacientes foram sistematicamente expostos in vivo a situações evitadas. As sessões pós-tratamento se concentraram na prevenção de recaídas.</p> <p>As seguintes técnicas foram incluídas no TCCG padrão: a) avaliar estratégias de enfrentamento para situações estressantes específicas e distinguir o que pode e o que não pode ser mudado nessas situações; b) estratégias focadas na emoção que enfatizam o uso de recursos adaptativos para situações consideradas imutáveis, incontroláveis ou ameaçadoras, como reestruturação</p>
--	--

	<p>cognitiva e modulação do humor, e estratégias focadas em técnicas de resolução de problemas, tomada de decisão, comunicação e habilidades de negociação interpessoal; c) identificar pensamentos adaptativos para ajudar a lidar com situações estressantes; (d) promover a resiliência, esclarecendo-a como conceito e incentivando os pacientes a lidar com mudanças e adversidades de forma positiva.</p> <p><b>DURAÇÃO DO ESTUDO:</b></p> <p><b>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</b></p> <p>Escala de Gravidade do Transtorno do Pânico (PDSS);</p> <p>CGI;</p> <p>Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A);</p> <p>BDI</p>
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	<p>A adição de sessões com novas estratégias de enfrentamento aumentaram significativamente os níveis de resiliência do grupo de intervenção em relação aos do grupo controle, o uso de benzodiazepínicos após TCCG diminuiu no grupo intervenção e aumentou no grupo controle. A mudança nas estratégias de enfrentamento foi significativa em ambos os grupos. Além disso, foi encontrada melhora na</p>

	qualidade de vida em todos os domínios em ambos os grupos ao longo do tempo.
LIMITAÇÕES:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pequeno tamanho da amostra</li> <li>● Perdas ao longo do tratamento</li> <li>● O controle do tratamento farmacológico não foi realizado ao longo do tempo. Outra limitação envolve a avaliação de fenômenos procedimentais complexos, como enfrentamento e resiliência, por meio de escalas de autorrelato aplicadas apenas pré e pós-TCCG.</li> </ul>
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	Ensaio randomizado com amostras maiores avaliando intervenções de DP que se concentram no enfrentamento e na resiliência são recomendados. Além disso, estudos de acompanhamento com avaliações repetidas de médio e longo prazo são necessários para obter uma compreensão da eficácia das intervenções com resiliência adicional e estratégias de enfrentamento na prevenção de recaídas.
REFERÊNCIA COMPLETA	
Wesner, A. C., Behenck, A., Finkler, D., Beria, P., Guimarães, L., Manfro, G. G., Blaya, C., & Heldt, E. (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. <i>Archives of psychiatric nursing</i> , 33(4), 428–433. <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003</a>	

APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	
TÍTULO:	Clinical effectiveness of integrating depression care management into

	medicare home health: the Depression CAREPATH Randomized trial
OBJETIVO(S):	Determinar se, entre os idosos beneficiários do Medicare Home Health com triagem positiva para depressão, os pacientes de enfermeiros que receberam randomização para uma intervenção têm uma melhora maior nos sintomas depressivos durante 1 ano do que os pacientes que recebem cuidados habituais aprimorados.
ANO DE PUBLICAÇÃO:	2015
PAÍS DE PUBLICAÇÃO:	Estados Unidos
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO:	Inglês
PERIÓDICO:	JAMA Intern Med.
TIPO DE FONTE DE EVIDÊNCIA:	Artigo científico
POPULAÇÃO:	Pacientes idosos com diagnóstico de depressão.
CONCEITO:	Intervenção fornecida por profissionais de enfermagem.
CONTEXTO:	Domicílio
<b>MÉTODO</b>	
DELINEAMENTO DE PESQUISA:	<p>PESQUISA PRIMÁRIA</p> <p>( ) ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p>(x) ensaio clínico randomizado</p> <p>( ) ensaio clínico ou quase experimental</p> <p>( ) estudo de coorte ou longitudinal</p> <p>( ) estudo transversal</p> <p>( ) estudo de caso controle</p> <p>( ) ABORDAGEM QUALITATIVA</p>

	<p>( ) pesquisa etnográfica  ( ) pesquisa etnometodológica  ( ) estudo de caso  ( ) fenomenologia  ( ) teoria fundamentada  ( ) análise narrativa  ( ) pesquisa ação</p> <p><b>PESQUISA SECUNDÁRIA</b></p> <p>( ) Revisão sistemática com metanálise  ( ) revisão sistemática sem metanálise</p>
<p><b>POPULAÇÃO:</b></p>	<p><b>QUAL O DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>( ) transtorno de ansiedade  (x) transtorno de depressão  ( ) transtorno de ansiedade e depressão</p> <p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p> <p>( )Estruturado  ( )clínico  (x) Estruturado e clínico</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b>  Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I DSM-IV (SCID).</p> <p><b>AMOSTRA:</b>  12 equipes de enfermagem para a intervenção;  9 equipes para os cuidados habituais;  306 pacientes.</p>

	<p>SELEÇÃO</p> <p>(x) Randômica  ( ) conveniência  ( ) outra (descreva):</p> <p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:  Pacientes do Medicare com idade <math>\geq 65</math> anos que apresentaram resultado positivo na tela de depressão de dois itens e atenderam a outras elegibilidades de pesquisa: expectativa de vida <math>&gt; 6</math> meses, falantes de inglês ou espanhol.</p> <p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:  Não ter demência, suicídio ativo e sem deficiência auditiva ou de fala significativa.</p>
<p>INTERVENÇÃO:</p>	<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO:  O CAREPATH (CARE for PATients at Home) exige que os enfermeiros administrem a depressão durante as visitas domiciliares de rotina por meio de avaliação semanal de sintomas, gerenciamento de medicamentos, coordenação de cuidados, educação, estabelecimento de metas. A formação totalizou 7 horas (4 presenciais, 3 web).</p> <p>DURAÇÃO DO ESTUDO:  12 meses</p> <p>MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAR INTERVENÇÃO:</p>

	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HDRS)
<b>RESULTADOS</b>	
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS:</b>	A principal descoberta é que, entre os pacientes de cuidados médicos domiciliares com triagem positiva para depressão, uma intervenção de enfermagem em saúde domiciliar não melhorou os escores de depressão em geral. No entanto, entre o subgrupo com depressão mais significativa, a intervenção foi associada a uma maior diminuição dos sintomas depressivos em comparação com os cuidados habituais aprimorados. A diferença entre os grupos foi significativa em três meses, crescendo mais e mais clinicamente significativamente ao longo de um ano.
<b>LIMITAÇÕES:</b>	As agências eram diversas em tamanho e localização, mas não eram estritamente representativas de agências certificadas de assistência domiciliar. Embora as agências tivessem experiência mínima em pesquisa, o acordo de suas lideranças em participar sugere maior apoio à mudança de prática do que a média. Em segundo lugar, os participantes do estudo representam apenas pacientes com funcionamento cognitivo suficiente e vontade de participar da pesquisa. Terceiro, não houve explicações para taxas de consentimento mais altas entre pacientes minoritários e mais jovens. Esses fatores e desgaste devido à morte,

	doença ou declínio cognitivo podem afetar a generalização.
RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES:	O Medicare recomenda o rastreamento e a intervenção da depressão, no entanto as necessidades clínicas dos pacientes de assistência domiciliar, a escassez de especialistas em saúde mental, bem como a estrutura e a prática da assistência domiciliar colocam desafios a esse objetivo.
REFERÊNCIA COMPLETA	
Bruce, M. L., Raue, P. J., Reilly, C. F., Greenberg, R. L., Meyers, B. S., Banerjee, S., Pickett, Y. R., Sheeran, T. F., Ghesquiere, A., Zukowski, D. M., Rosas, V. H., McLaughlin, J., Pledger, L., Doyle, J., Joachim, P., & Leon, A. C. (2015). Clinical effectiveness of integrating depression care management into medicare home health: the Depression CAREPATH Randomized trial. <i>JAMA internal medicine</i> , 175(1), 55–64. <a href="https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.5835">https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.5835</a>	

