

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

Roslaine Ifran Amaral

**TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A
PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM UNIDADE DE SAÚDE
PRISIONAL**

Porto Alegre

2021

Roslaine Ifran Amaral

**TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A
PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM UNIDADE DE SAÚDE
PRISIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Wesner Viana
Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz

Porto Alegre

2021

Catálogo na Publicação

Amaral, Roslaine Ifran

Tecnologias assistenciais para o cuidado de enfermagem a pacientes com transtorno de ansiedade em unidade de saúde prisional / Roslaine Ifran Amaral. -- 2021.

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

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Orientador(a): Ana Cristina Wesner Viana ;
coorientador(a): Adriana Aparecida Paz.

1. Transtornos de ansiedade. 2. Enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Terapêutica. 5. Protocolos. I. Título.

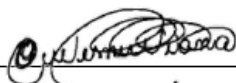
Roslaine Ifran Amaral

**TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A
PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM UNIDADE DE SAÚDE
PRISIONAL**

Trabalho final apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Área de concentração: Enfermagem.

Porto Alegre, 29 de outubro de 2021



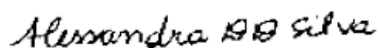
Profa. Dra. Ana Cristina Wesner Viana

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



Profa. Dra. Alisia Helena Weis

Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre



Profa. Dra. Alessandra Dartora da Silva

Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre



Profa. Dra. Amanda Luiz Maciel

Centro Universitário Cenecista de Osório

À mulher corajosa que habita em mim e que me
permite continuar sendo obstinada, apaixonada
e determinada a concretizar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao meu marido, Tadeu, por ter sido o grande incentivador da realização deste sonho, e à minha filha, Isabela, que é a motivação dos meus projetos de vida. Obrigada por entenderem os momentos de aflição e estarem sempre ao meu lado. Amo vocês.

À minha família e amigos, por terem entendido minhas ausências, em especial à minha mãe, por me orientar a ser uma pessoa melhor.

Aos colegas da Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier e do Instituto Psiquiátrico Forense, pela motivação.

À Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, por aceitar a minha proposta e acreditar nela.

À minha doce, genial, dedicada e atenciosa orientadora, Prof^a Dra Ana Cristina Wesner Viana. Obrigada pela parceria, paciência e estímulo para que este trabalho traga tanto orgulho dos nossos produtos e de mim mesma. Imensa GRATIDÃO por ter sido o alicerce da minha saúde mental.

À minha coorientadora, Prof^a Dra Adriana Aparecida Paz, pela atenção, contribuições e disponibilidade nos momentos de decisões.

Não posso esquecer das minhas bolsistas maravilhosas, Luiza Carolina Mendes Flores, Luiza Luiza Kowalczyk e Juliana dos Santos Barbosa, que muitas vezes deixaram as suas tarefas de Graduação em Enfermagem e seus momentos de lazer de lado para me ajudar a concretizar esse sonho. Sem vocês não teria sido possível.

Aos meus colegas de mestrado, agradeço pela troca de conhecimentos e por termos, apesar de uma pandemia, conseguido até fazer terapia em grupo.

Por fim, e não menos importante, agradeço a Deus por me permitir ter saúde e foco para concretizar mais um sonho.

“Fazer suas escolhas, assinar embaixo, pagar preços... e não se lamentar demais. Porque programamos o próprio destino a cada vez que, num tímido murmúrio ou num grande grito, a gente diz pra si mesmo: ‘Sim!’”

(Lya Luft - Pensar é transgredir)

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Enfermagem, desde 2011, pelo Centro Universitário Metodista IPA, localizado no Município de Porto Alegre. Atuo na área da assistência e gestão em saúde há 21 anos como servidora pública da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) do Estado do Rio Grande do Sul. Na minha trajetória profissional, realizei duas pós-graduações, uma na área da Saúde Coletiva com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família e outra em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Atualmente, sou mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com ingresso em agosto de 2019, e participante do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST).

O desejo de construir ferramentas tecnológicas direcionadas aos profissionais de saúde do sistema prisional surgiu ao observar, na atuação profissional, a necessidade de estruturar e padronizar a assistência às pessoas privadas de liberdade no que tange à saúde mental. Primeiramente, foi construído um manual com informações básicas, precisas e fundamentadas na literatura, embasado em conhecimento teórico e técnico quanto aos procedimentos realizados pela enfermagem para os transtornos de ansiedade e fortalecer a prática segura junto ao paciente. Após, foi desenvolvido um protocolo de assistência de enfermagem, que contém as informações técnicas para nortear a aplicabilidade do gerenciamento do cuidado, a tomada de decisões e a organização das etapas processuais em saúde mental, especificamente com relação aos transtornos de ansiedade.

Desejo que este trabalho contribua na rotina dos profissionais enfermeiros que prestam assistência em saúde mental às pessoas privadas de liberdade do sistema prisional, fortaleça o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e colabore com a redução dos agravos dos transtornos de ansiedade.

APRESENTAÇÃO DOS PRODUTOS PARA A COMUNIDADE

Este estudo foi pensado a partir das vivências da mestranda no atendimento às mulheres privadas de liberdade na Unidade Básica de Saúde Prisional da Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier. A partir disso, foi desenvolvido um manual com informações básicas e fundamentadas na literatura, embasado em conhecimento teórico e técnico quanto aos procedimentos realizados pela enfermagem para os transtornos de ansiedade, a fim de orientar a assistência de enfermagem e fortalecer a prática segura junto ao paciente. Após, foi construído um protocolo assistencial de enfermagem para assistência de pacientes com transtorno de ansiedade em uma unidade de saúde prisional, com o intuito de qualificar o planejamento e a execução de ações para o trabalho multidisciplinar e a gestão do cuidado às pessoas privadas de liberdade.

Essas ferramentas visam à contribuição na rotina de trabalho dos profissionais que atuam na assistência à saúde mental das pessoas privadas de liberdade, considerando a relevante demanda de atendimentos a essa população que, em sua maioria, apresenta transtornos de ansiedade.

Diante desse cenário, as ferramentas tecnológicas surgem como uma qualificação para o planejamento e a execução das ações no trabalho multidisciplinar e na gestão do cuidado às pessoas privadas de liberdade.

Com base nos dados quantitativos de atendimentos relacionados aos transtornos de ansiedade da Unidade Básica de Saúde Prisional da Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier, foram levantadas as necessidades para a construção desses produtos.

O conteúdo técnico foi construído em formato de Manual e Protocolo, com base nas orientações do Guia para Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem, em conformidade com o Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas – *Advancing Guideline Development, Reporting and Evaluation in Healthcare II* (AGREE II) e Diagnósticos de Enfermagem da *International Nursing Diagnoses* (NANDA).

Os instrumentos serão disponibilizados em formato *e-book* para os profissionais de saúde das Equipes de Atenção Básica prisional, por meio da Editora da Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre.

RESUMO

Introdução: Identifica-se na Unidade Básica de Saúde Prisional da Penitenciária Feminina Madre Pelletier a crescente demanda de atendimentos associados aos problemas relacionados à saúde mental, destacando-se os transtornos de ansiedade. Dessa maneira, a existência de um protocolo de cuidados se torna necessária para auxiliar a equipe, permitindo fortalecimento, qualificação e padronização da assistência prestada. **Objetivo:** Elaborar tecnologias assistências para o cuidado de enfermagem a pacientes com transtornos de ansiedade em unidade de saúde prisional. **Método:** Trata-se de estudo metodológico e de desenvolvimento tecnológico em saúde, composto por quatro fases: 1) revisão sistemática para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para indivíduos com transtorno de ansiedade; 2) revisão integrativa para identificar as intervenções terapêuticas realizadas para transtorno de ansiedade; 3) elaboração do manual para profissionais de enfermagem com descrição de técnicas para assistência a pacientes com transtorno de ansiedade no sistema de saúde prisional; e 4) desenvolvimento do protocolo assistencial de acordo com as orientações do Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem e em conformidade com o Instrumento AGREE II. **Resultados:** Os estudos da revisão sistemática demonstraram que as intervenções realizadas por enfermeiros apresentaram eficácia em curto e longo prazos na redução do nível de ansiedade e/ou remissão dos sintomas e na melhora clínica de sintomas relacionados às comorbidades. Os artigos utilizados para a elaboração do protocolo foram classificados de acordo com a qualidade das evidências, por meio do GRADE: sendo a maioria de qualidade alta. Para avaliar a qualidade de evidências dos estudos da revisão integrativa, utilizou-se o método *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*, com classificação 1B para todos os estudos, evidenciando a utilização das seguintes intervenções terapêuticas para transtorno de ansiedade: Psicoeducação; Atenção Plena; Terapia Comportamental Baseada em Evidências; Relaxamento Aplicado; TCC transdiagnóstica; Terapia comportamental dialética; Técnicas de atividade positiva; TCC individual e em grupo; Técnica de transcendência intervenção multifacetada de base espiritual; Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais; Protocolo de Intervenção de Atividade Positiva; e Arteterapia. **Conclusão e Produto:** A revisão sistemática com metanálise evidenciou que os enfermeiros são profissionais capacitados para realizarem intervenções para os transtornos de ansiedade. A revisão integrativa evidenciou a atenção plena e a psicoeducação como intervenções terapêuticas de maior escolha entre os estudos. Para a sistematização da assistência foi desenvolvido um manual para profissionais de enfermagem com descrição de

técnicas para assistência a pacientes com transtorno de ansiedade no sistema de saúde prisional e um protocolo assistencial de enfermagem para assistência de pacientes com transtorno de ansiedade em unidade de saúde prisional, com o intuito de qualificar o planejamento e a execução de ações para o trabalho multidisciplinar e a gestão do cuidado às pessoas privadas de liberdade.

Palavras-chave: Transtornos de ansiedade. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Terapêutica. Protocolos.

Produto Técnico 3: Manual/Protocolo

ABSTRACT

Introduction: It is identified in the Basic Prison Health Unit of the Madre Pelletier Women's Prison the increasing demand for care associated with problems related to mental health, especially anxiety disorders. Thus, the existence of a care protocol becomes necessary to help the team, allowing strengthening, qualification, and standardization of the assistance provided.

Objective: Develop assistive technologies for nursing care to patients with anxiety disorders in a prison health unit. **Method:** This is a methodological study and technological development in health, composed of four phases: 1) systematic review to evaluate the quality of evidence of therapeutic interventions performed by nurses to individuals with anxiety disorder; 2)

integrative review to identify the therapeutic interventions performed for anxiety disorder; 3) elaboration of the manual for nursing professionals with description of techniques for assistance to patients with anxiety disorder in the prison health system; and 4) development of the assistance protocol according to the guidelines of the Guide for the Construction of Nursing Care Protocols and in accordance with the AGREE II Instrument. **Results:** The studies in the systematic review showed that interventions performed by nurses showed short- and long-term effectiveness in reducing the level of anxiety and/or remission of symptoms and in clinical improvement of symptoms related to the comorbidities. The articles used to prepare the protocol were classified according to the quality of evidence, using GRADE: most of them were of high quality. To evaluate the quality of evidence of the integrative review studies, the Oxford Centre for Evidence-based Medicine method was used, with a 1B rating for all studies, evidencing the use of the following therapeutic interventions for anxiety disorder:

Psychoeducation; Mindfulness; Evidence-based Behavioral Therapy; Applied Relaxation; Transdiagnostic CBT; Dialectical Behavioral Therapy; Positive Activity Techniques; Individual and Group CBT; Transcendence Technique multifaceted spiritually based intervention; Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; Positive Activity Intervention Protocol; and Art Therapy. **Conclusion and Product:** The systematic review with meta-analysis evidenced that nurses are skilled professionals to perform interventions for anxiety disorders. The integrative review evidenced mindfulness and psychoeducation as the chosen therapeutic interventions among the studies. For the systematization of care, a manual for nursing professionals was developed with description of techniques for assistance to patients with anxiety disorders in the prison health system and a nurse care protocol for assistance to patients with anxiety disorders in a prison health unit, in

order to qualify the planning and implementation of actions for multidisciplinary work and management of care to people deprived of liberty.

Keywords: *Anxiety disorders. Nursing. Nursing care. Therapeutics. Protocols.*

Technical Product 3: *Manual/Protocol*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Questão de pesquisa com base no acrônimo Paciente (P) Intervenção (I) Controle (C) Desfecho (O)	36
Quadro 2 – Significância da qualidade das evidências de acordo com o GRADE	39
Quadro 3 – Questão de pesquisa com base no acrônimo Paciente (P) Intervenção (I) Controle (C) Desfecho (O)	40
Quadro 4 – Produtos desenvolvidos elencados com os objetivos do estudo.....	45
Quadro 5 – Características dos estudos selecionados nas buscas de artigos sobre a eficácia das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros na diminuição dos sintomas de ansiedade.....	47
Quadro 6 – Sumarização dos estudos de acordo com autor, ano de publicação, periódico, título, objetivo, método, principais resultados e qualidade de evidência.....	49
Quadro 7 – Distribuição dos estudos (título, nomes dos autores, ano de publicação, periódico, país de origem) de acordo com objetivo, delineamento, nível de evidência, intervenções e principais resultados (n = 27)	58

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Exemplo de cálculo da pontuação dos domínios do AGREE II	44
Diagrama 1 –	Diagrama do fluxo de desenvolvimento da Revisão Sistemática para inclusão e exclusão dos estudos	46
Tabela 1 –	Intervenções realizadas nos estudos.....	52
Diagrama 2 –	Diagrama do fluxo de desenvolvimento da Revisão Integrativa para inclusão e exclusão dos estudos	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBT	Terapia Comportamental Baseada em Evidências
ACT	Terapia de Aceitação
AET	Tratamento para Melhorar o Autocontrole
AGREE	<i>Advancing Guideline Development, Reporting and Evaluation in Health Care</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Relaxamento Aplicado
AT	Terapia da Arte
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHAL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CRD	<i>Centre for Reviews and Dissemination e Clinical Queries</i>
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DGP	Diretório de Grupos de Pesquisa
EABp	Equipe de Atenção Básica prisional
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>
IPT	Psicoterapia Interpessoal
IRNS	Inibidores de Recaptação de Serotonina-Noradrenalina
IRS	Inibidores de Recaptação de Serotonina
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MBSR	Redução de Estresse Baseado em <i>Mindfulness</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MMI	Intervenção Multimodal
MS	Ministério da Saúde
NANDA	<i>International Nursing Diagnoses</i>
NAMI	<i>National Alliance on Mental Illness</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PEFMP	Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier
PICO	<i>Patient, Intervention, Comparison e Outcome</i>
PNAB	Política de Atenção Básica em Saúde
PROSPERO	<i>Prospective Register of Systematic Reviews</i>
PU	Protocolo Unificado
PubMed	<i>United States National Library of Medicine</i>
RLX	Treinamento de Relaxamento Abrangente
SAR	Refocagem na Atenção Situacional
SBI	Intervenção Multifacetada de Base Espiritual
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TBCT	Terapia Cognitiva Baseada em Teste
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TeGEST	Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança do Trabalho
TRE	Terapia de Regulação Emocional
UBSP	Unidade Básica de Saúde Prisional
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UMI	Unidade Materno Infantil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	23
3.2	TRATAMENTOS	25
3.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	28
3.4	PENITENCIÁRIA ESTADUAL FEMININA MADRE PELLETIER	30
4	MÉTODO	33
4.1	TIPO DE METODOLOGIA	33
4.1.1	Desenvolvimento do manual e do protocolo de enfermagem assistencial	34
4.2	REVISÃO SISTEMÁTICA	35
4.2.1	ETAPA 1: Identificação da questão de investigação	36
4.2.2	ETAPA 2: Revisão de literatura	37
4.2.3	ETAPA 3: Uso da estratégia de busca	37
4.2.4	ETAPA 4: Protocolo de investigação	37
4.2.5	Avaliação da qualidade de evidências	38
4.3	REVISÃO INTEGRATIVA	39
4.3.1	ETAPA 1: Elaboração da questão de pesquisa	40
4.3.2	ETAPA 2: Busca e amostragem na literatura	40
4.3.3	ETAPA 3: Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados	40
4.3.4	ETAPA 4: Avaliação crítica das evidências incluídas	41
4.4	MANUAL	41
4.5	PROTOCOLO	42
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
5	PRODUTOS ACADÊMICOS E TÉCNICOS	45
5.1	REVISÃO SISTEMÁTICA (RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES)	46
5.2	REVISÃO INTEGRATIVA (RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES)	56
5.3	MANUAL	77
5.4	PROTOCOLO	154
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	197

REFERÊNCIAS	198
APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	208
APÊNDICE B – FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS.....	211
APÊNDICE C – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA.....	214
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA	216
ANEXO C – INSCRIÇÃO PROSPERO.....	218
ANEXO D – FLUXOGRAMA DA RECOMENDAÇÃO PRISMA/2009.....	219
ANEXO E – FLUXOGRAMA DA RECOMENDAÇÃO PRISMA/2020.....	220
ANEXO G – FORMULÁRIO AGREE II.....	223

1 INTRODUÇÃO

O sistema prisional do Rio Grande do Sul possui, em sua totalidade, 42.912 pessoas privadas de liberdade, sendo 2.291 mulheres, que cumprem condenação em regime provisório, fechado ou prisão domiciliar. Especificamente na capital, Porto Alegre, encontra-se a Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier (PEFMP), que conta atualmente com 278 mulheres privadas de liberdade, as quais apresentam, em sua maioria, delitos ligados a tráfico de drogas, estelionato e furtos (SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS, 2021).

Desde o ano de 2011, quando foram implementadas as Equipes de Atenção Básica prisional (EABp) nos estabelecimentos prisionais do Rio Grande do Sul, a Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP) da Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier (PEFMP) se tornou referência para assistência às mulheres com doenças agudas e crônicas, gestantes e parturientes, devido à sua logística para acesso às redes de saúde municipal e estadual, além da disposição de uma equipe de saúde especializada. A UBSP-PEFMP possui gestão compartilhada entre o município de Porto Alegre e a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) e conta com todo o aporte medicamentoso, de insumos, sistema informatizado e total autonomia no gerenciamento dos agendamentos de consultas eletivas (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A demanda de atendimentos na UBSP-PEFMP é estreitamente associada aos problemas relacionados à saúde mental, e umas das principais intercorrências são os transtornos de ansiedade. Esses transtornos são caracterizados por excessiva sensação de medo (NANDA INTERNATIONAL, 2021), sendo considerados mundialmente como as doenças psiquiátricas mais comuns, com um total estimado de 264 milhões de pessoas com possível diagnóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Ainda, apresenta alta prevalência na região das Américas, com 7,7% da população feminina afetada, englobando o Brasil nessa estatística (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A experiência profissional como enfermeira assistencial na UBSP-PEFMP, desde 2015, despertou, então, a necessidade de estruturar e padronizar uma assistência de enfermagem qualificada em saúde mental para as mulheres privadas de liberdade, para minimizar o sofrimento emocional por meio da prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e da promoção da qualidade de vida.

Diariamente, na UBSP-PEFMP, a enfermagem atende a demandas referentes à saúde mental, totalizando em torno de 24% de todas as necessidades de atenção à saúde dessas

mulheres. Muitas delas apresentam sinais e sintomas relacionados à ansiedade, que quando não tratados, tendem à cronicidade. A ansiedade pode reduzir a produtividade e aumentar taxas de morbimortalidade e do abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas. Esses desfechos realçam ainda mais a importância de ofertar um tratamento às mulheres do sistema prisional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BYSTRITSKY, 2013; COUGLE et al., 2009; CRASKE; STEIN, 2016).

No cotidiano da UBSP-PEFMP, avaliam-se como principais problemas para assistência aos transtornos de ansiedade dessas mulheres: número reduzido de profissionais para assistência psicológica, inexistência de grupos terapêuticos, ausência de um instrumento técnico que forneça diretrizes para a prática profissional do enfermeiro no atendimento à saúde mental, uso excessivo de medicações psicotrópicas e elevado quantitativo de encaminhamentos para avaliação psiquiátrica.

Diante do que foi problematizado da prática cotidiana da UBSP-PEFMP e da necessidade de repensar práticas pelo aumento da demanda e processo de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, propõe-se este estudo com as seguintes questões de pesquisa e intervenção: quais são as intervenções terapêuticas que vêm sendo realizadas por enfermeiros para pacientes com transtornos de ansiedade? Quais intervenções terapêuticas estão sendo utilizadas para os transtornos de ansiedade?

Dessa forma, busca-se o desenvolvimento de novos aprendizados, produção do conhecimento, novas habilidades, interação da universidade com a comunidade prisional e o fortalecimento de espaços que potencializam a interação dialógica, reforçando o vínculo e a parceria entre a instituição de ensino e o serviço de saúde com abordagem interdisciplinar e interprofissional.

Visto que a enfermagem no Brasil se consolidou na atenção à saúde, ocupando importante posição e exigindo uma busca constante pela qualidade do cuidado, os protocolos se apresentam como tecnologias e instrumentos que estabelecem diretrizes norteadoras e qualificação nas práticas desses profissionais (CUNHA, 2018). O protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência no cotidiano, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo profissionais nas tomadas de decisões de assistência para prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (PIMENTA et al., 2015).

Assim, acredita-se que, mediante o desenvolvimento de tecnologias assistenciais baseadas, fundamentalmente, em evidências, norteado pela prática clínica do enfermeiro, seguindo os princípios éticos e legais da profissão, em políticas públicas, normas institucionais

no âmbito das quais o produto será utilizado, seja possível estruturar, padornizar e qualificar a assistência psicossocial à saúde da pessoa privada de liberdade com transtornos de ansiedade, visando à diminuição de sintomas e prejuízos ou agravos à saúde, bem como evitando a elevação de custos em decorrência da necessidade de consultas especializadas e do uso de medicamentos.

Um planejamento baseado em evidências científicas proporciona ao enfermeiro maior segurança nas tomadas de decisões, possibilitando, ainda, criar indicadores secundários aos resultados e efetividade dessas intervenções para posterior contribuição científica na área e para as adequações dessas práticas nesse local (SILVA; JORGE; SILVA JÚNIOR, 2015).

Portanto, a relevância da integração ensino e serviço à pesquisa está na troca de saberes entre os diversos atores envolvidos: enfermeiros, outros profissionais da saúde, pessoas privadas de liberdade, universidade e sociedade como ferramenta para construção de estratégias de cuidado e práticas voltadas para a produção de conhecimentos e ações em saúde que promovam qualificação profissional, na atenção e na educação em saúde.

Esta dissertação vincula-se à linha de pesquisa “Redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – e à linha “Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem” do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST), da mesma Instituição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaboração de tecnologias assistenciais para o cuidado de enfermagem a pacientes com transtornos de ansiedade em unidade de saúde prisional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros no tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade.
- Identificar e sistematizar as recomendações científicas de enfermagem para o atendimento de pacientes com transtornos de ansiedade.
- Elaborar o manual para profissionais de enfermagem com descrição de técnicas para assistência a pacientes com transtorno de ansiedade no sistema de saúde prisional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade são caracterizados por ansiedade excessiva, medo e perturbações comportamentais associadas. Define-se ansiedade como um sentimento vago e incômodo de desconforto, ou temor por uma antecipação de ameaça futura. O medo é a resposta emocional desse sentimento ou sensação, apresentando-se por meio de uma excitabilidade autonômica aumentada, pensamentos de perigo imediato e comportamento de fuga. Portanto, a ansiedade é associada à tensão muscular, vigilância, preparação a um perigo futuro e comportamento de cautela ou esquivia (BYSTRITSKY et al., 2013; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2019)

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o transtorno de ansiedade é uma das doenças psiquiátricas mais comuns mundialmente, com 3,6% da população global afetada e refletindo um aumento de 14,9% na prevalência do transtorno desde 2005. Na região das Américas, estima-se que 7,7% da população feminina sofrem de transtornos de ansiedade, apresentando maior prevalência do que a população masculina. No Brasil, esse transtorno está presente em 9,3% da população geral, destacando-se com o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo e refletindo a necessidade de atuação em meio nacional para o tratamento do transtorno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Os transtornos de ansiedade são condições incapacitantes que começam principalmente na infância, adolescência e início da idade adulta. Podem estar associados à vivência em ambiente perturbador, baixa autoestima, abuso sexual na infância, escolaridade baixa, abuso de álcool e outras substâncias, tabagismo e tentativa de suicídio, doenças crônicas, sedentarismo, obesidade, menor status socioeconômico, histórico familiar de ansiedade, história prévia de transtorno psicológico e transtornos de personalidade (BYSTRITSKY et al., 2013; CRASKE & STEIN, 2016; MARTÍN-MERINO et al., 2009; STRINE et al., 2008). Os transtornos relacionados à ansiedade foram associados a um risco significativo de 1,7 a 2,5 vezes maior de tentativas de suicídio (COUGLE et al., 2009; NEPON et al., 2010). Considerando-se que o presente estudo foi desenvolvido em uma penitenciária feminina, com um público de nível socioeconômico majoritariamente baixo e de maior vulnerabilidade social, torna-se necessário destacar esses fatores de risco, comumente associados à realidade das pessoas encarceradas.

Dependendo do grau de severidade do transtorno, pode levar o indivíduo a ter complicações em suas atividades diárias, sociais e laborais, gerando um impacto negativo em sua qualidade de vida e aumentando a procura por serviços de saúde, como consultas, exames, emergências e internações (LANTYER, et al., 2016; LEAHY, 2011). Pesquisas relacionadas a esse tema são relevantes para definir ações, com o auxílio do governo e da sociedade, para uma formulação de políticas públicas para prevenção e tratamento (DE SOUZA; MACHADO-DE-SOUSA, 2017).

Os transtornos de ansiedade podem receber diferentes nomenclaturas, conforme sua manifestação:

- a) **Transtorno de ansiedade de separação**, que é caracterizado por sinais e sintomas apreensivos ou ansiosos quanto à separação das figuras de apego até um ponto em que é impróprio para o nível de desenvolvimento. Existe medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de danos às figuras de apego e em relação a eventos que poderiam levar a perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento. Embora os sintomas se desenvolvam com frequência na infância, também podem ser expressos durante a idade adulta.
- b) **Mutismo seletivo**, sendo caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (p. ex., na escola), mesmo que o indivíduo fale em outras situações. O fracasso para falar acarreta consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal.
- c) **Fobia específica**, sendo este o medo ou apreensão de um estímulo ou situação específica. O indivíduo se torna ansioso ou se esquia de objetos ou situações. Existem vários tipos de fobias específicas: a animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros.
- d) **Ansiedade social** (fobia social), em que o indivíduo se demonstra temeroso, ansioso ou se esquia de interações e situações sociais que envolvam a possibilidade de ser avaliado. Essas situações incluem apresentações, festas, encontros, comer em locais públicos, usar banheiros públicos ou simplesmente encontrar novas pessoas. Os sintomas incluem tensão extrema ou “paralisia”, preocupação obsessiva com interações sociais e uma tendência ao isolamento e à solidão.

- e) **Transtorno de pânico**, caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade, espontâneos e recorrentes, acompanhado por sintomas físicos e cognitivos, que seguem, durante pelo menos um mês, com a preocupação persistente de apresentar um novo ataque, por suas consequências sociais.
- f) **Agorafobia**, caracterizada por evitação ou persistente apreensão a respeito de situações (usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações) as quais avalia como difícil de escapar ou de obter ajuda caso apresente sintomas semelhantes ao pânico (incluindo ataques de pânico, mas não se limitando a eles) ou outros sintomas incapacitantes e/ou constrangedores.
- g) **Transtorno de ansiedade generalizada**, sendo descrita como ansiedade e preocupação persistentes e excessivas na maioria dos dias, por pelo menos seis meses, envolvendo vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração e/ou de memória momentânea; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Apesar de haver consequências sociais significativas devido aos diferentes transtornos de ansiedade, cerca de 40% dos pacientes com esse diagnóstico não recebem tratamento (BAXTER et al., 2014). Considera-se, ainda, que os custos dos serviços de tratamento ofertados são, comumente, muito altos, levando os pacientes a procurarem atendimentos médicos não especializados ou apenas serviços de emergência nos momentos de crise (LEAHY, 2011), o que colabora diretamente para um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, prejuízos no bem-estar físico e mental da pessoa afetada (BAXTER et al., 2014). Assim, realça-se a importância de conhecer os diferentes métodos de tratamento para os transtornos de ansiedade, visando reduzir o sofrimento psíquico dos indivíduos e proporcionar a essas pessoas tratamentos adequados por profissionais qualificados (CRYSTINA; WALQUIRIA, 2018).

3.2 TRATAMENTOS

Predominantemente, os tratamentos para os transtornos de ansiedade têm sido os farmacológicos e os psicoterápicos (BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017). Como

primeira linha de escolha para o tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade, destacam-se os antidepressivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Os Inibidores de Recaptação de Serotonina (IRS) e os Inibidores de Recaptação de Serotonina-Noradrenalina (IRNS) são os mais indicados; entretanto, devem ser prescritos em uma dose inicial menor do que em pacientes com diagnóstico de depressão, visto que os indivíduos com transtorno de ansiedade apresentam, mais frequentemente, efeitos adversos (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015). Os medicamentos benzodiazepínicos também se destacam entre os fármacos ansiolíticos, por serem os mais prescritos no mundo. Entretanto, eles geram uma grande preocupação, uma vez que podem ocasionar dependência química, física e psicológica e, em longo prazo, demência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; GOYATÁ et al., 2016). Apesar dos efeitos adversos, esses fármacos continuam sendo considerados agentes de segunda ou terceira linha para tratamento, por terem um forte nível de evidência comprovando sua eficácia no controle da ansiedade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As terapêuticas psicossociais têm apresentado grande relevância e resultados significativos (CORDIOLI; GREVET, 2018).

De acordo com a *National Alliance on Mental Illness* (NAMI), as terapêuticas psicossociais se referem ao treinamento do indivíduo em habilidades vocacionais, sociais e psicológicas no controle da ansiedade, melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar. Além disso, englobam psicoterapia, psicoeducação, formação de grupos de apoio, reabilitação psicossocial e tratamento da comunidade (PSYCHOSOCIAL, [20-?]).

Percebe-se que esses tratamentos mantêm uma visão integrativa da saúde, englobando desde aspectos individuais até o reconhecimento da importância das relações interpessoais na manutenção do bem-estar. Para a ansiedade, estudos demonstram que a aplicação de tratamentos psicossociais é efetiva, apresentando melhoras em curto e longo prazos, e com respostas similares ou superiores ao tratamento farmacológico (KRESLINS; ROBERTSON; MELVILLE, 2015; WOLITZKY-TAYLOR et al., 2015).

Ainda, utiliza-se frequentemente a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como um tratamento psicossocial, demonstrada como altamente eficaz e custo-efetiva para os sistemas de saúde (WOLITZKY-TAYLOR et al., 2015). Ao longo desse projeto, destaca-se a TCC, visto que é realizada como o tratamento psicológico mais embasado empiricamente para o controle da ansiedade, tendo aplicabilidade tanto através do meio presencial, juntamente a um terapeuta capacitado, quanto virtual, por meio do uso de computadores (NANDA INTERNATIONAL, 2021). A TCC foi desenvolvida por A.T Beck, na Universidade da Pensilvânia, no início da

década de 1960, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para depressão, com o objetivo de resolver problemas atuais e modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (BECK, 2014). A TCC tem sido aplicada no mundo todo como único ou adjunto tratamento para diversos outros transtornos, entre eles: transtorno de ansiedade, estresse pós-traumático, transtorno de personalidade, depressão recorrente, transtorno obsessivo-compulsivo, dor crônica e esquizofrenia; além disso, está sendo estudada para populações que não sejam somente pacientes psiquiátricos (HASSIOTIS et al., 2011).

Essa terapia classifica a alteração do humor ou comportamento do paciente como pensamento distorcido ou disfuncional, considerada comum a todos os comportamentos psicológicos. Assim, por meio da realização de uma avaliação realista e da modificação do pensamento, tem-se uma melhora no humor e no comportamento do paciente (HASSIOTIS et al., 2011).

Baseado na ideia de que problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, levam o paciente a ter uma interpretação distorcida da realidade, o modelo cognitivo-comportamental, por intermédio do terapeuta, auxilia-o a identificar seu modo de pensar e a modificar suas características usando evidências e lógica (BECK, 2014). Segundo Borji et al. (2017), quando o indivíduo necessita de atenção à saúde mental e às crenças irracionais, a TCC parece ser eficaz. Como objetivo, esse tipo de tratamento, por meio de discussões regulares e organização do comportamento, traz a intenção de ajudar os pacientes a identificar seu comportamento disfuncional (BORJI et al., 2017).

A TCC pode ser realizada tanto individualmente quanto em grupo (CORDIOLI; GREVET, 2019). A maior acessibilidade da TCC também é representada por sua duração, pois é de curto prazo, com objetivos claros e bem definidos e que auxiliam o paciente no manejo da sintomatologia da ansiedade (NANDA INTERNATIONAL, 2021). Apresenta um grande benefício ao paciente, em virtude do apoio psicológico e do risco mínimo, além de apresentar baixo custo no tratamento, principalmente se a intervenção for realizada em grupo (LINESS et al., 2019). Ainda, a TCC é mais eficaz no tratamento de ansiedade na vida adulta, tendo maior relevância para o presente projeto, que objetiva trabalhar com essa faixa etária (NANDA INTERNATIONAL, 2021).

Contudo, a TCC exige maior compreensão de sua teoria para sua posterior aplicação prática, exigindo cursos de formação e/ou especialização para que os terapeutas possam utilizá-la efetivamente com os pacientes (EZHUMALAI et al., 2018).

O grupo terapêutico, apesar de também ser um método utilizado pela TCC, não é exclusivo dessa linha de tratamento (BARKOWSKI et al., 2020). Esse instrumento objetiva

que o indivíduo reconheça suas emoções, assim como seus comportamentos interpessoais, por meio da comunicação entre o grupo e a mediação de um terapeuta (BARKOWSKI et al., 2020). Para ansiedade, o grupo terapêutico se mostra tão efetivo quanto a psicoterapia individual e quanto a abordagem somente farmacológica (RANDALL; MCNEIL, 2017). Contudo, economicamente é considerado mais vantajoso, visto que há o tratamento de múltiplos indivíduos por vez (BARKOWSKI et al., 2020).

A entrevista motivacional também é demonstrada em estudos como eficaz no tratamento da ansiedade, contudo sua efetividade somente foi demonstrada em conjunto com a TCC (WESTRA; ARKOWITZ; DOZOIS, 2009). A entrevista motivacional consiste em uma comunicação colaborativa, voltada ao manejo da ambivalência e com o objetivo de estimular o paciente no processo de mudança de comportamento (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). “Minha Biblioteca: Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde,” n.d.). Portanto, ela é comumente utilizada em estudos para aumentar a adesão do paciente à TCC e às mudanças que esse referencial proporciona, consequentemente aumentando a efetividade no tratamento de transtorno de ansiedade (WESTRA; ARKOWITZ; DOZOIS, 2009).

3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

O enfermeiro é o profissional da saúde que executa o planejamento dos cuidados de enfermagem ao paciente, sendo responsável por realizar um diagnóstico de enfermagem e a assistência, atendendo às necessidades do paciente e de sua família. Esse profissional, por meio de suas habilidades e experiências, orientado pela ética e por padrões de conduta, exerce a profissão com autonomia e baseado em conhecimentos técnico-científicos (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO [2018?]). A atuação do enfermeiro como terapeuta promove uma assistência amplamente reconhecida como benéfica para pacientes com problemas psicossociais, considerando a relevância do vínculo com o paciente e a sua qualificação profissional (WAGNER, 2000). Ainda, com um crescente aumento na demanda por atendimento à saúde mental, cada vez mais se observa a necessidade da atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com transtorno de ansiedade.

A atividade terapêutica exercida por um enfermeiro visa estimular uma atitude ativa dos pacientes com relação às suas demandas do cotidiano, aprimorando suas habilidades de autogestão e autocuidado e, por meio destas, alcançar uma redução nos problemas de saúde mental (MARKLE-REID et al., 2011). Considera-se que os enfermeiros que atuam na atenção básica e hospitalar estão em uma posição ideal para realizar uma intervenção de saúde mental,

considerando sua experiência prática e o vínculo adquirido com os pacientes. As intervenções desse profissional na promoção da saúde mental colaboram com a qualidade de vida, aumentando o apoio social e a satisfação do paciente com o cuidado, diminuindo as taxas de ideação suicida e acarretando a redução dos custos (GUNN et al., 2006).

Segundo COFEN, 2018, a assistência de enfermagem é fundamental aos pacientes da área de saúde mental e por meio da Resolução nº 599/2018, aprova a “Norma Técnica para Atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria”, cujo objetivo é: “estabelecer diretrizes para atuação da equipe de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, a fim de assegurar assistência de enfermagem competente e resolutiva” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Destaca-se como competências do enfermeiro, realizar processo de enfermagem por meio da consulta de enfermagem em saúde mental com o objetivo de viabilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem; prescrever cuidados de enfermagem voltados à saúde do indivíduo em sofrimento mental; utilizar modelos teóricos para fundamentar e sistematizar as ações de cuidado de enfermagem em saúde mental, por meio do Processo de Enfermagem; programar e gerenciar planos de cuidados para usuários com transtornos mentais leves ou severos e persistentes; e aplicar testes e escalas em Saúde Mental que não sejam privativas de outros profissionais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Considerando que há inúmeros instrumentos para avaliação do estado de saúde mental, é imprescindível que a aplicação pela enfermagem respeite a relevância do teste e/ou escala, para o planejamento de suas ações (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2019).

Dentre os instrumentos de avaliação da ansiedade, destacamos a Escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) desenvolvida por Max Hamilton, em 1959, com a finalidade de ser utilizada em pacientes já diagnosticados com estado neurótico de ansiedade (HAMILTON, 1959). Trata-se de escala que compreende 14 grupos de sintomas, subdivididos em dois grupos, sete relacionados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a sintomas físicos de ansiedade. Os itens são avaliados conforme uma escala que varia de 0 a 4 de intensidade (0= ausente; 1= ligeira; 2= moderada; 3= frequente; 4= muito frequente). A soma dos escores dos itens resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos caracterizam ansiedade leve; 18 a 24 pontos caracterizam ansiedade moderada; 25 a 56 pontos caracterizam ansiedade severa ou intensa (SOUZA et al., 2008; NUNES et al., 2018). Essa escala é amplamente utilizada no Brasil e em vários estudos na área de enfermagem.

Diante dos problemas de saúde mental, o cuidado liderado por enfermeiros é um conceito bem estabelecido, pois apresenta uma abordagem multiprofissional ao atendimento do paciente, implementando gerenciamento estruturado, cronogramas de acompanhamento e uma aprimorada comunicação interprofissional (TYRER et al., 2017). Destaca-se que os cuidados prestados por enfermeiros foram comparados a tratamentos oferecidos por psicólogos assistenciais, e os resultados demonstraram melhora nos níveis de ansiedade e nos sintomas depressivos nos grupos de assistência de enfermagem, em comparação a grupos coordenados por outros profissionais (RICHARDS et al., 2003).

Outros estudos também foram realizados de forma a evidenciar a efetividade das intervenções realizadas pelos profissionais da enfermagem – como exemplo, a oferta da TCC por meio do profissional enfermeiro apresenta potencial melhora na saúde mental de pacientes da atenção primária, além de benefício econômico em curto prazo para pacientes com ansiedade e depressão leve a moderada (SAMPAIO et al., 2018). Ainda, pacientes com problemas mentais comuns, incluindo aqueles com sintomas leves e moderados de ansiedade, que utilizam a prática de TCC por enfermeiros, apresentam maior satisfação e são encaminhados a outros serviços especializados com menos frequência do que pacientes que são tratados por médicos de clínica geral (SAMPAIO et al., 2018).

Por fim, a intervenção psicoterapêutica realizada por enfermeiros tem demonstrado, em curto prazo, melhora do autocontrole e diminuição do nível de ansiedade quando comparada ao tratamento farmacológico (BOSMANS et al., 2012). Deve-se considerar que o tratamento convencional com drogas psicotrópicas é de alto custo e, além disso, muitos pacientes preferem a terapia a esses fármacos (BOSMANS et al., 2012). Portanto, percebe-se que a atuação do enfermeiro como terapeuta pode ser de grande relevância na melhora da condição de saúde mental do paciente, assim como apresenta impacto nos custos dos serviços de saúde.

3.4 PENITENCIÁRIA ESTADUAL FEMININA MADRE PELLETIER

A PEFMP é constituída por um setor administrativo, composto por direção geral e administrativa, setor jurídico, setor técnico (psicossocial), setor de segurança, setor de valorização do trabalho das mulheres privadas de liberdade, Unidade Materno-Infantil (UMI) e seis galerias distintas (B1, B2, B3, B4, C e D). Na Galeria B1 ficam alojadas as mulheres com problemas de saúde crônica, a qual fica mais próxima à UBSP. Nas Galerias B2 e D ficam as mulheres que aguardam definição judicial, ou seja, aguardam sentença em transitado e

julgado para depois serem transferidas para outras penitenciárias, conforme delito e/ou comportamento. Na Galeria B3 ficam as trabalhadoras da higienização, artesanato e empresas terceirizadas que ofertam trabalhos como separação de equipamentos eletrônicos, fábrica de bolsas de couro, embalagem de temperos e padaria, todas localizadas dentro da própria penitenciária. Na Galeria B4 ficam alojadas as mulheres que cometeram delito contra crianças e, por último, na Galeria C ficam alojadas as mulheres que trabalham para o preparo das refeições em três cozinhas distintas: das apenadas, dos servidores penitenciários e da UMI.

A Equipe de Atenção Básica prisional (EABp), dentro da UBSP, tem como propósito contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira, promovendo a proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza e tétano, a atenção integral, a implementação de medidas para hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, IST/AIDS, a prevenção de tuberculose e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas, garantindo o acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, por meio das referências pactuadas com as redes estadual e municipal de saúde (BRASIL, 2003).

Ao chegar na PEFMP, a mulher privada de liberdade primeiramente realiza acolhimento na UBSP e posteriormente passa pelo serviço de segurança, para que seja definido em qual galeria será alojada. Os atendimentos de saúde são realizados diariamente das 8h às 17h e a agenda de atendimentos segue um fluxo definido pelo setor de segurança, para maior organização quanto ao trânsito de apenadas dentro do estabelecimento prisional. Os atendimentos médicos clínicos são realizados pela manhã, de segunda a quinta-feira, o atendimento médico psiquiátrico ocorre nas quintas-feiras à tarde, e demais profissionais da equipe de saúde – enfermagem, setor psicossocial, odontologia e nutrição – realizam atendimentos em turno integral de segunda a sexta-feira. Já a assistência hospitalar depende da demanda da mulher e das crianças, considerando-se procedimentos e cirurgias necessários. Os hospitais de referência são a Associação Hospitalar Vila Nova, o Hospital Fêmina e o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, todos localizados em Porto Alegre.

A demanda de atendimentos na UBSP gira em torno dos problemas relacionados à saúde mental, e umas das principais intercorrências são os transtornos de ansiedade. Para compreender o atendimento aos transtornos de ansiedade na PEFMP, é necessário conhecer quem são os profissionais que atuam na equipe e os fluxos que a compõem. A EABp-PEFMP é contemplada pela atuação dos seguintes profissionais da saúde: um pediatra, dois médicos clínicos, um infectologista, um psiquiatra, uma nutricionista, um odontólogo, uma auxiliar de

odontologia, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, uma assistente social e uma psicóloga. Em razão da escassez de protocolos de enfermagem para qualificar a assistência, a paciente é encaminhada para avaliação psicológica e posteriormente psiquiátrica. Os atendimentos psiquiátricos eletivos são realizados uma vez por semana, com dados da USBP-PEFMP, que apontam uma média de 44 atendimentos mensais. As urgências psiquiátricas são referenciadas ao Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul em Porto Alegre e, se houver necessidade de internação, a referência é o Manicômio Judiciário Estadual Instituto Psiquiátrico Forense – Maurício Cardoso. Enquanto isso, a equipe de enfermagem atende uma média mensal de 120 atendimentos de saúde mental, dos 496 acolhimentos mensais.

Identifica-se na PEFMP uma grande demanda de encaminhamentos para avaliação psiquiátrica, assim como o uso excessivo de medicações psicotrópicas – 60% das mulheres detentas nesse local fazem uso desses fármacos. Ainda, dados internos da UBSP-PEFMP de solicitações de medicações mostram um aumento de 300% nos últimos cinco anos na dispensação de psicotrópicos.

4 MÉTODO

Considerando o contexto acadêmico e o mercado de trabalho, os programas de pós-graduação, principalmente os mestrados profissionais, devem ser ampliados e direcionados, a fim de executar propostas que supram as necessidades de ambos os cenários (MAMEDE; ABBAD, 2018).

Mediante a realização de estudos técnicos e o desenvolvimento e a criação de novos processos voltados à novas áreas, o mestrado profissional apresenta-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação que visa realizar a capacitação profissional dos seus discentes, pois, ao serem capazes de desenvolver novos domínios de atividades profissionais, poderão também efetuar processos e/ou técnicas inovadoras em suas atividades no local onde atuam (FERREIRA, 2015).

Mediante a harmonização entre a concepção de conhecimento e a criação de tecnologias e inovações, pretende-se atingir o foco principal, ou seja, a construção de alternativas e estratégias para o enfrentamento dos problemas.. Com o intuito de alcançar esse propósito, os cursos de mestrados profissionais devem criar produtos científico-tecnológicos, dentre eles: materiais didáticos, normas técnicas, protocolos, projetos técnicos, entre outros (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2020; FERREIRA, 2015).

Portanto, a presente dissertação tem como produto a elaboração de Tecnologias Assistenciais para o Cuidado de Enfermagem a Pacientes com Transtorno de Ansiedade em Unidade de Saúde Prisional.

4.1 TIPO DE METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo geral, delineou-se uma pesquisa metodológica e de desenvolvimento tecnológico em saúde realizada em quatro fases, a saber: 1) revisão sistemática para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para indivíduos com transtorno de ansiedade; 2) revisão integrativa para identificar as intervenções terapêuticas realizadas para transtorno de ansiedade; 3) elaboração do manual para profissionais de enfermagem com descrição de técnicas para assistência a pacientes com transtorno de ansiedade no sistema de saúde prisional; 4) desenvolvimento do protocolo assistencial de acordo com as orientações do Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem (PIMENTA et al., 2015) e em conformidade com o instrumento *Advancing*

Guideline Development, Reporting and Evaluation in Health Care II (AGREE II) (NANDA INTERNATIONAL, 2021).

Na área de saúde, os protocolos definem um padrão de atendimento com base em evidências, servem de modelos de orientação e podem ser aplicados com flexibilidade, mas com fidelidade, ou seja, os componentes cognitivos e/ou comportamentais do tratamento podem ser ajustados e modificados. Para isso, os terapeutas precisam ter habilidades clínicas, além de conhecimento das estratégias e das intervenções para fazer os ajustes necessários, tornando o protocolo adequado a uma população específica (PIMENTA et al., 2015). Já os manuais, dispõem de informações de forma sistematizada, constituindo um instrumento facilitador para a organização das atividades técnicas e operacionais (VALENTIM, 2019).

4.1.1 Desenvolvimento do manual e do protocolo de enfermagem assistencial

A elaboração do manual se deu à necessidade de criar uma ferramenta que pudesse orientar com informações básicas, precisas e fundamentadas na literatura, embasado em conhecimento teórico e técnico as intervenções a serem realizados pela enfermagem para os transtornos de ansiedade, a fim de qualificar a assistência de enfermagem e fortalecer a prática segura junto ao paciente.

O manual tem como objetivo buscar na literatura especializada o conhecimento científico com definição de conceitos e cuidados importantes, contribuindo para o manejo e recuperação de pacientes, proporcionando o reconhecimento do valor da equipe de profissionais e a segurança ao usuário (SILVA, 2001). É um documento que contém instruções detalhadas sobre uma determinada tarefa ou atividade, que visa o bom desenvolvimento de atividades técnicas e operacionais (VALENTIM, 2019).

É importante que ao fortalecer a informação, o manual não contenha apenas uma linguagem técnica, mas também uma linguagem acessível para que os pacientes possam entender. Ainda, as informações no manual devem ser atrativas, com objetivo sucinto, porém com orientações significativas sobre o assunto, procurando ilustrar as orientações de uma forma descontraída para efetivar o entendimento. O manual deve ser um facilitador do trabalho da equipe multidisciplinar na orientação ao paciente no processo de tratamento, na recuperação e no autocuidado, auxiliando os indivíduos a entender melhor o processo de saúde-doença e a trilhar os caminhos da recuperação (ECHER, 2005). Bem como proporcionar qualidade à execução das atividades e tarefas (VALENTIM, 2019).

A construção do produto foi fundamentada no Guia para a Construção e Protocolos Assistenciais de Enfermagem (PIMENTA, 2015) e em conformidade com o AGREE II (CONSÓRCIO AGREE, 2009) e *International Nursing Diagnoses* (NANDA INTERNATIONAL, 2021).

Os protocolos assistenciais possuem diretrizes que objetivam orientar e qualificar a assistência prestada aos indivíduos que apresentam questões de saúde mental, os quais necessitam de atendimento continuado no sistema de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2018). Essa demanda foi vivenciada pela Enfermeira Mestranda em seu contexto profissional, a qual apresenta relevante conveniência à assistência de enfermagem em saúde mental.

O protocolo assistencial desenvolvido neste trabalho visou à assistência às pessoas privadas de liberdade que apresentam transtornos de ansiedade, objetivando qualificar o planejamento e a execução de ações para o trabalho multidisciplinar e a gestão do cuidado.

Assim, considerando a atuação profissional da Mestranda na USBP-PEFMP, a idealização e organização deste produto foi realizada em parceria com a Professora Doutora Ana Cristina Wesner Viana, docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFCSPA.

O desenvolvimento destes produtos contou com a colaboração das coautoras: Professora Doutora Adriana Aparecida Paz, Enfermeira Fernanda Cirne Lima Weston e Acadêmicas de Enfermagem Luiza Carolina Mendes Flores, Luiza Kowalczyk e Juliana dos Santos Barbosa.

Ressalta-se que a construção deste projeto não expressa conflitos de interesse por parte dos elaboradores do Manual e Protocolo em questão. Isso se justifica pela associação de ensino-serviço frente a uma necessidade de desenvolvimento profissional e padrão dos serviços, como um propósito dos Mestrados Profissionais.

A utilização dos métodos permitiu a construção dos produtos assistenciais acerca dos cuidados de enfermagem ao paciente com transtorno de ansiedade, e a descrição de cada fase, por uma questão didática, iniciará pela apresentação da revisão sistemática, em um segundo momento será apresentada a revisão integrativa e por último o Protocolo.

4.2 REVISÃO SISTEMÁTICA

Este método foi escolhido para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros no tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade. Trata-se de um método de pesquisa criterioso com o objetivo de fornecer os

melhores conhecimentos produzidos sobre o problema de pesquisa a ser estudado, para que estes sejam avaliados criticamente por profissional com habilidade e conhecimento e sejam incorporados à prática assistencial (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A revisão sistemática foi realizada conforme o protocolo de revisão sistemática (Apêndice A) e as Diretrizes de Revisões Sistemáticas de Intervenções Terapêutica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a qual contempla quatro etapas, a saber:

1. identificação da questão de pesquisa para investigação;
2. revisão de literatura;
3. uso da estratégia de busca;
4. protocolo de investigação.

4.2.1 ETAPA 1: Identificação da questão de investigação

Segundo a literatura científica, para alcançar as evidências pretendidas, recomenda-se que a questão de investigação seja ampla quanto ao objetivo do estudo. Uma questão de pesquisa clara fundamenta vigorosamente um estudo mais completo, facilitando a tomada de decisão referente ao processo de seleção dos estudos. Além disso, a pesquisa deve ser rigorosa, abrangente e relevante (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Nessa primeira etapa, a formulação da **questão de investigação** foi estruturada como questão de pesquisa pelo acrônimo PICO (*Patient, Intervention, Comparison e Outcome*): para o tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade (P), as intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros (I) são eficazes na diminuição dos sintomas de ansiedade (O)? Optou-se por omitir a definição do C (controle). Como há poucas evidências de melhor qualidade originadas de estudos comparados, a definição do controle (C) dificulta a avaliação da questão de pesquisa para a qual se buscou a melhor evidência disponível na literatura.

A partir dessa configuração, o Quadro 1 demonstra a construção da questão de pesquisa.

Quadro 1 – Questão de pesquisa com base no acrônimo Paciente (P) Intervenção (I) Controle (C) Desfecho (O)

P	Indivíduos com transtorno de ansiedade
I	Intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros
C	Omitido, em razão da existência de poucas evidências de melhor qualidade
O	Diminuição dos sintomas de ansiedade

Fonte: Autores.

4.2.2 ETAPA 2: Revisão de literatura

A segunda etapa consistiu na **revisão da literatura**, a qual exige a definição das bases de dados nas quais foram realizadas as buscas por meio de termos controlados em consonância com a questão de investigação. Definiram-se as seguintes bases de dados e periódicos: *Cochrane Library*, *Biblioteca Cochrane*, disponível na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Centre for Reviews and Dissemination e Clinical Queries* (CRD), *United States National Library of Medicine* (PubMed), *Web of Science*, *Nurse Media: Journal of Nursing*, *Evidence-Based Nursing* e *Archives of Psychiatric Nursing*.

4.2.3 ETAPA 3: Uso da estratégia de busca

Na terceira etapa definiu-se o **uso de estratégia de busca**, que organizou os termos controlados, *entry terms* e operadores booleanos “AND” e “OR” (therapeutics OR therapeutic OR therapy OR therapies OR treatment OR treatments) AND (nurses OR nursing) AND "anxiety disorders" AND (randomized controlled trial OR controlled clinical trial OR clinical trial OR clinical trials OR “clinical trial” OR comparative study OR observational study OR trials OR random allocation OR double-blind method OR single-blind method OR placebo OR placebos OR random* OR follow-up studies OR prospective studies OR control* OR prospective OR volunteer). Foi registrada toda a estratégia de busca em cada base, informando a data do acesso, os filtros utilizados (idioma e texto disponível na íntegra), os artigos selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos e os artigos selecionados a partir da leitura na íntegra.

4.2.4 ETAPA 4: Protocolo de investigação

A última etapa, considerada como **protocolo de investigação**, buscou organizar o processo de análise e revisão dos artigos obedecendo aos seguintes passos:

- a) **busca de artigos** de interesse nas bases de dados PubMed, BVS e *Web of Science* e nos periódicos *Nurse Media: Journal of Nursing*, *Evidence-Based Nursing* e *Archives of Psychiatric Nursing*. Foi quantificada a totalidade dos resultados de busca de todas as bases, sendo removidas as duplicatas dos artigos;
- b) **análise dos resumos** provenientes da busca por dois avaliadores independentes;

- c) **revisão dos artigos** incluídos e excluídos após leitura na íntegra que não obedeceram aos critérios de inclusão. As discrepâncias foram revisadas por um terceiro avaliador;
- d) **extração dos dados** realizada por meio do preenchimento de uma ficha clínica padrão com campos para coleta de dados descritivos e dados quantitativos (Apêndice B);
- e) **análise crítica da qualidade de evidência**, que ocorreu com base no sistema GRADE (VILLELA, 2013) (Anexo B);
- f) **análise estatística** das variáveis de interesse, que avaliou o tamanho de efeito da intervenção de forma conjunta;
- g) **estabelecimento do grau de recomendação** acerca da questão de pesquisa.

Ainda, a busca sistemática dos resumos teve como critérios de inclusão ser estudo de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não); envolvimento apenas de adultos (≥ 18 anos); e possuir diagnóstico clínico ou estruturado de um transtorno de ansiedade. Os critérios de exclusão foram (já citados em ordem hierárquica, considerando-se que os artigos podem possuir mais de um critério de exclusão): estudos sem intervenção; estudos com crianças; artigos de revisão; estudos com outros transtornos além dos transtornos de ansiedade como diagnóstico principal; estudos que não envolvam o mínimo de 50% de participação do indivíduo na intervenção; estudos com amostra duplicada; estudos com amostra inferior a 10 sujeitos; e estudos de seguimento de artigos já incluídos. O protocolo da revisão sistemática foi registrado no *Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) sob o número CRD42020202939 (Anexo C).

4.2.5 Avaliação da qualidade de evidências

Nesta revisão sistemática foram encontradas e selecionadas as evidências qualificadas por meio dos graus de recomendações disponibilizados nos *guidelines* do *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) *Working* (VILLELA, 2013). Esse grupo de estudo criou uma abordagem de classificação da qualidade da evidência e força de recomendações (VILLELA, 2013) que garante a confiabilidade diante do resultado apresentado, com classificação em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa (Quadro 2).

Quadro 2 – Significância da qualidade das evidências de acordo com o GRADE

Nível de evidência	Definição	Implicações
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.
Muito Baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.

Fonte: Villela (2013).

4.3 REVISÃO INTEGRATIVA

Considerando ainda a necessidade de embasamento técnico científico, baseado em evidências, o qual guiará o profissional nas atividades a serem propostas no protocolo de assistência em enfermagem, foi realizada uma revisão integrativa para identificar, na literatura, as intervenções terapêuticas realizadas para transtornos de ansiedade.

A revisão integrativa é um método de pesquisa que busca a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, proporcionando a implementação de intervenções efetivas para a assistência em saúde, com redução de custos, além da identificação de lacunas para futuras pesquisas, em que é possível realizar a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis do tema investigado. Constituiu-se de seis etapas: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) busca e amostragem na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; 4) avaliação crítica das evidências incluídas; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento e apresentação da revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A análise e a síntese dos resultados foram realizadas de forma descritiva e apresentadas no Quadro 6, conforme variáveis de interesse para este estudo.

4.3.1 ETAPA 1: Elaboração da questão de pesquisa

Para formular a questão de pesquisa foi utilizado o acrônimo PICO, ou seja, *Patient, Intervention, Comparison, Outcome*. A seguinte pergunta foi proposta: para o tratamento do transtorno de ansiedade (P), quais as intervenções terapêuticas (I) são utilizadas (O)? Optou-se por omitir a definição do C (controle). Como existem poucas evidências de estudos, a definição do controle (C) dificultaria a avaliação da questão de pesquisa para a qual se buscou a melhor evidência disponível na literatura.

A partir dessa configuração, o Quadro 3 demonstra a construção da questão de pesquisa.

Quadro 3 – Questão de pesquisa com base no acrônimo Paciente (P) Intervenção (I) Controle (C) Desfecho (O)

P	Transtorno de ansiedade
I	Intervenções terapêuticas
C	Omitido, em razão da existência de poucas evidências de melhor qualidade
O	Tipo de intervenção

Fonte: Autores.

4.3.2 ETAPA 2: Busca e amostragem na literatura

A partir da pergunta norteadora formulada, foi realizada a busca dos artigos nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Web of Science*, utilizando-se a seguinte estratégia de busca com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (“*Anxiety disorder**” OR *anxiety*) AND (*Therapeutic** OR “*Therapeutic* Approache**” OR *Treatment**) NOT (“*pharmaceutical preparations*” OR *pharmacology* OR *drug**) AND (*anxiolytic** OR *antidepressant**) AND (*children** OR *teenager**) no período de janeiro de 2021 a março de 2021.

4.3.3 ETAPA 3: Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados

Por meio da plataforma de seleção Rayyan® (OUZZANI et al., 2016), realizou-se a exclusão dos artigos duplicados e a leitura dos títulos e dos resumos em pares de forma independente, em conformidade com os critérios de inclusão, os critérios de exclusão e a pergunta norteadora. Os critérios de inclusão foram: adultos com 18 a 65 anos, artigos lidos na íntegra, estudos de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não), diagnóstico de ansiedade clínico ou estruturado, artigos publicados nos últimos 10 anos nas línguas portuguesa,

inglesa e espanhola. Os estudos secundários e os artigos envolvendo pacientes com doenças crônicas, Covid-19, cuidados paliativos, pacientes em uso de medicamentos ansiolíticos, intervenções envolvendo o uso de aplicativos, internet e/ou celular foram excluídos. A delimitação dos artigos incluídos nesta revisão integrativa ocorreu por meio da resolução das discordâncias entre os autores por um terceiro revisor.

Para extração dos dados adaptou-se um instrumento validado, sendo consideradas variáveis de identificação do estudo (autor principal, ano e periódico; objetivo; delineamento; intervenções; principais resultados e nível de evidência (MARZIALE, 2015).

4.3.4 ETAPA 4: Avaliação crítica das evidências incluídas

Os artigos foram classificados por nível de evidência de acordo com as recomendações propostas pelo *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* (CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2009): 1A – revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados; **1B – ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito**; 1C – resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”; 2A – revisão sistemática de estudos de coorte; **2B – estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade)**; 2C – observação de resultados terapêuticos ou estudos ecológicos; 3A – revisão sistemática de estudos caso-controle; 3B – estudo caso-controle; 4 – relatos de caso (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade); 5 – opinião de especialistas (CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2009), as quais estão dispostas nos resultados deste estudo, no Quadro 5.

4.4 MANUAL

Nesta fase, após os resultados de ambas as revisões, foi desenvolvido o manual (Apêndice E), com recomendações baseadas em evidências e direcionado à EABp. As orientações contidas nele visam facilitar a operacionalização do processo de enfermagem em saúde mental e assistência psicossocial da pessoa privada de liberdade com TA, buscando proporcionar a diminuição de sintomas, prejuízos ou agravos à saúde, bem como evitar a elevação de custos pela necessidade de consultas especializadas e pelo uso de medicamentos.

O manual serve como um instrumento que pode trazer aos profissionais da EABp esclarecimentos de dúvidas por meio de exemplos práticos, para que a assistência e a execução

das intervenções terapêuticas sejam realizadas com segurança, excelência e eficiência (VALENTIM, 2019).

Para a orientação dos enfermeiros do sistema prisional interessados em realizar as intervenções terapêuticas, o manual, adaptado ao sistema prisional, segue um roteiro estruturado com informações sobre a promoção da saúde mental; competências necessárias para a assistência de enfermagem; os papéis do enfermeiro na relação terapêutica; como realizar a abordagem terapêutica e a avaliação do paciente; os tipos de intervenções terapêuticas, bem como a realização destas.

4.5 PROTOCOLO

O protocolo assistencial foi construído como documentação baseada em evidências para a qualificação do planejamento e a execução de ações para o trabalho multidisciplinar e a gestão do cuidado.

Os protocolos assistenciais ou manuais caracterizam-se como procedimentos em determinada área do conhecimento descritos minuciosamente para a realização de um cuidado direto ou indireto, isto é, detalham-se os passos a serem seguidos com base em evidências. A elaboração de protocolos assistenciais favorece a redução da variabilidade das ações entre os profissionais, padronizando e facilitando o uso de novas tecnologias. Ainda, facilita o desenvolvimento de indicadores de processos e resultados, dissemina conhecimento, facilita a comunicação profissional e melhora a coordenação do cuidado (PIMENTA et al., 2015).

O protocolo assistencial desta pesquisa foi desenvolvido segundo o guia de Pimenta et al. (2015), de acordo com os seguintes tópicos:

- a) origem: identificação clara da instituição que emitirá o protocolo;
- b) objetivo: identificação da situação e categoria de pacientes para qual o protocolo será organizado, assim como os profissionais que vão implementá-lo;
- c) grupo de desenvolvimento: inclusão de profissionais que realizarão as pesquisas para a construção do protocolo;
- d) conflito de interesse: declaração da existência ou não de conflitos de interesse na elaboração do protocolo;
- e) evidências: apresentação de informações fundamentadas em evidências científicas que justificam as ações propostas no protocolo;

- f) revisão: apresentação de revisão elaborada por revisor externo ao grupo que elaborará o protocolo assistencial, bem como apresentação do seu limite de atualização;
- g) fluxograma: representação do fluxo de informações que auxiliarão na tomada de decisão na assistência;
- h) indicador de resultado: monitorização e avaliação dos resultados da aplicação do protocolo, podendo ser por meio de indicadores, visando à detecção de possíveis falhas e a implementação de melhorias;
- i) validação pelos profissionais: apresentação do protocolo aos profissionais que atuam na assistência, para que este seja aceito e utilizado pela equipe;
- j) validação pelo usuário: avaliação de quando essa etapa pode ser viável, aplicável, desejável ou fundamental;
- k) limitações: identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou quando evidências encontradas são consideradas fracas;
- l) plano de implantação: realização de atividades educativas para o desenvolvimento de habilidades e competência da equipe que utilizará o protocolo assistencial.

Além disso, considerou-se o AGREE II para a construção e estruturação do protocolo (CONSÓRCIO AGREE, 2009). O AGREE II é composto por 23 itens-chave que estão organizados em seis domínios (escopo e finalidade; envolvimento das partes interessadas; rigor do desenvolvimento; clareza da apresentação; aplicabilidade; independência editorial), seguido por dois itens de classificação global (avaliação global). A cada domínio é captada uma única dimensão de qualidade da diretriz e todos os itens do instrumento são classificados em uma escala de 7 pontos (de 1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente). Para cada um dos seis domínios se calcula uma pontuação de qualidade, pois são independentes e não devem ser agregados em uma única pontuação de qualidade. As pontuações dos domínios devem ser calculadas por meio da soma de todas as pontuações dos itens individuais em cada domínio e escalonando o total como uma porcentagem da pontuação máxima possível para o domínio.

A classificação de qualidade geral e a recomendação para o uso na prática do protocolo foram realizadas por meio do cálculo que está exemplificado na Figura 1.

Figura 1 – Exemplo de cálculo da pontuação dos domínios do AGREE II

Exemplo				
Se quatro avaliadores atribuem as pontuações abaixo para o Domínio 1 (Escopo e Finalidade):				
	Item 1	Item 2	Item 3	Total
Avaliador 1	5	6	6	17
Avaliador 2	6	6	7	19
Avaliador 3	2	4	3	9
Avaliador 4	3	3	2	8
Total	16	19	18	53
Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 84				
Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 12				
O cálculo da percentagem total no domínio será:				
$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$				
$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57\%$				
<i>Se itens não foram incluídos, serão necessárias modificações para os cálculos das pontuações máximas e mínimas possíveis.</i>				

Fonte: Consórcio Agree (2009).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Referente às duas primeiras fases deste estudo, que compreenderam os estudos de revisão sistemática e revisão integrativa, foram respeitados os preceitos éticos quanto ao uso e ao conteúdo de estudos científicos publicados em revistas indexadas, com o respaldo ético da Lei n. 12.853/2013, que dispõe sobre a gestão coletiva de direitos autorais, altera, revoga e acrescenta dispositivos à Lei n. 9.610/1998 (BRASIL, 1998, 2013). Seguindo as orientações dos direitos autorais, foi respeitada a informação dos autores, mantendo a autenticidade das suas ideias, apresentando de forma fidedigna os dados e as informações das pesquisas.

5 PRODUTOS ACADÊMICOS E TÉCNICOS

As subseções de produtos foram organizadas quanto à apresentação de acordo com o Quadro 4, que descreve os objetivos e os produtos acadêmicos e técnicos resultantes do presente estudo.

Quadro 4 – Produtos desenvolvidos elencados com os objetivos do estudo

	Objetivos	Produtos Técnicos	Produtos Acadêmicos
1º Objetivo específico	Avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros no tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade		Revisão sistemática “Effectiveness and efficacy of therapeutic interventions performed by nurses for anxiety disorders: a systematic review”, encaminhada para submissão ao periódico Journal of The American Psychiatric Nurses Association
2º Objetivo específico	Identificar e sistematizar as recomendações científicas de enfermagem para o atendimento de pacientes com transtornos de ansiedade		Revisão integrativa “Therapeutic interventions used in the treatment of anxiety disorders: an integrative review”, encaminhada para submissão ao periódico Journal of the American Psychiatric Nurses Association Revisão Sistemática “Effectiveness and efficacy of therapeutic interventions performed by nurses for anxiety disorders: a systematic review”. Revisão Integrativa “Therapeutic interventions used in the treatment of anxiety disorders: an integrative review”, encaminhada para submissão ao periódico Journal of the American Psychiatric Nurses Association
3º Objetivo específico	Elaborar o manual para profissionais de enfermagem sobre a assistência de pacientes com transtorno de ansiedade no sistema de saúde prisional	Manual para Assistência de Enfermagem a Pacientes com Transtorno de Ansiedade em uma Unidade de Saúde do Sistema Prisional	
Objetivo Geral	Elaborar tecnologias assistenciais para o cuidado de enfermagem a pacientes com transtornos de ansiedade em unidade de saúde prisional	Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtorno de Ansiedade em uma Unidade de Saúde do Sistema Prisional	

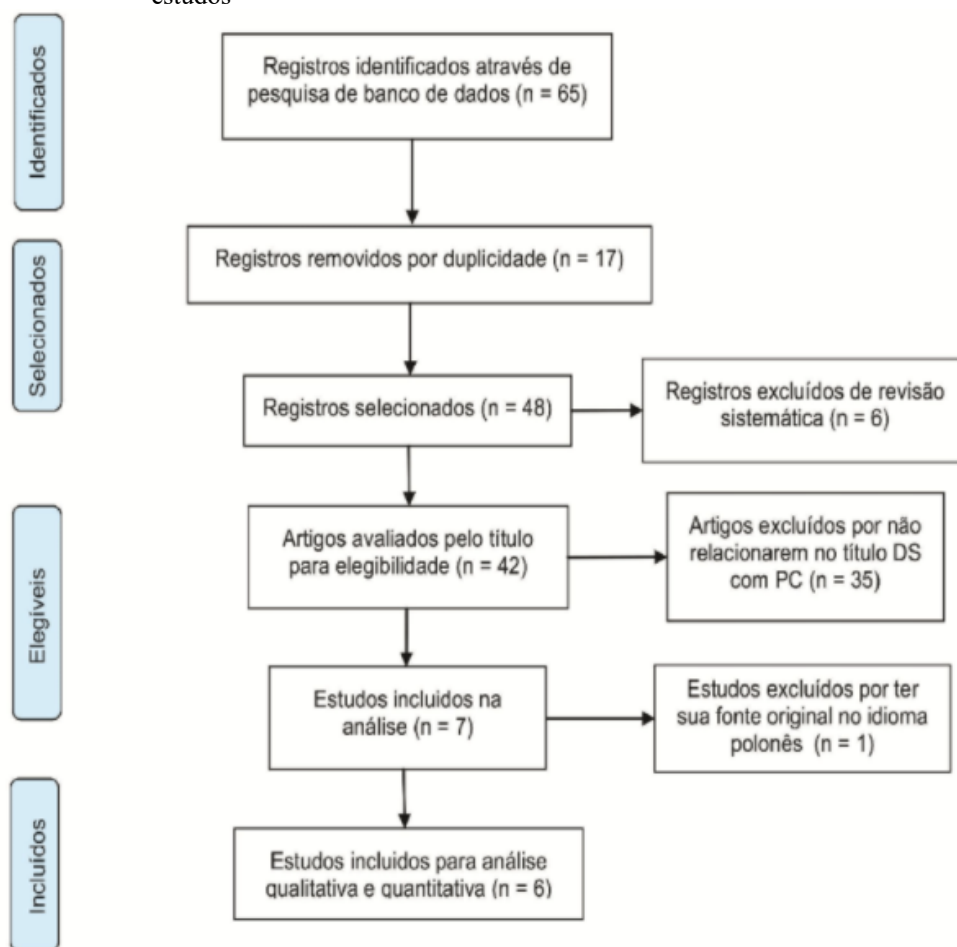
Fonte: Autor (2021)

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA (RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES)

Inicialmente foram identificados 926 artigos relacionados ao tema. Quando as duplicatas foram removidas por automação complementada com checagem manual, 451 artigos foram catalogados. Foram excluídos 385 artigos, porque não respondiam à questão de pesquisa ou porque envolviam crianças e/ou adolescentes como participantes do estudo. Adicionalmente, 48 artigos foram excluídos, porque não envolviam intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros.

Ao todo, 18 artigos permaneceram como potencialmente relevantes e foram lidos pelas autoras na íntegra. As listas de referências nesses artigos também foram examinadas, a fim de avaliar se havia pesquisas adicionais a serem selecionadas. Por fim, seis artigos foram incluídos na presente revisão. As inclusões e as exclusões do estudo são ilustradas na figura do fluxo PRISMA (SHAMSEER et al., 2015) (Diagrama 1).

Diagrama 1 – Diagrama do fluxo de desenvolvimento da Revisão Sistemática para inclusão e exclusão dos estudos



Fonte: Shamseer et al. (2015).

A qualidade das evidências dos artigos incluídos nos estudos seguiu os graus de recomendações disponibilizados nos *guidelines* do *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation Working* (GRADE) (VILLELA, 2013), que está exemplificado no Quadro 5 com a sumarização das características dos artigos selecionados, de acordo com título, ano de publicação, origem, idioma, objetivo, tipo de estudo e grau de evidência

Quadro 5 – Características dos estudos selecionados nas buscas de artigos sobre a eficácia das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros na diminuição dos sintomas de ansiedade

N	Título	Ano	País	Idioma	Objetivo	Tipo de estudo	Grau de evidência
1	Therapist differences in a randomized trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients (54)	2015	Reino Unido	Inglês	Avaliar a eficácia de TCC para transtornos de ansiedade realizada por enfermeiras em comparação com outros terapeutas	Ensaio clínico randomizado	Alta
2	A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients (41)	2017	Portugal	Inglês	Avaliar a eficácia a curto prazo de uma intervenção psicoterapêutica em enfermagem em doentes psiquiátricos adultos portugueses com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”	Ensaio clínico randomizado	Moderada
3	Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomized controlled trial (55)	2013	Holanda	Inglês	Avaliar a eficácia do Cuidado Escalonado Colaborativo no tratamento de Transtornos Mentais Comuns	Ensaio clínico randomizado	Alta
4	PHASE: a randomized, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care (40)	2003	Reino Unido	Inglês	Determinar as diferenças no resultado clínico, a satisfação do paciente e os custos entre um livreto de autoajuda com base em técnicas de terapia cognitivo-comportamental e facilitadas por enfermeiras, em comparação com o atendimento normal dos clínicos gerais para pacientes com ansiedade e depressão de leve a moderada	Ensaio clínico randomizado	Fraca

5	Contribution of group therapeutic factors to the outcome of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder (56)	2017	Brasil	Inglês	Identificar os fatores terapêuticos que surgem de acordo com a percepção do paciente durante sessões de TCC	Ensaio clínico controlado	Alta
6	Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder (57)	2019	Brasil	Inglês	Avaliar a resposta a quatro sessões de resiliência e estratégia de enfrentamento adicionadas ao padrão de TCC para o TP	Ensaio clínico controlado	Alta

Fonte: Autor (2019)

O Quadro 6 apresenta uma sumarização das seguintes características dos artigos selecionados: autor, ano de publicação, revista, título, objetivo do estudo, tipo de estudo, principais resultados e qualidade de evidência (GRADE).

Quadro 6 – Sumarização dos estudos de acordo com autor, ano de publicação, periódico, título, objetivo, método, principais resultados e qualidade de evidência

Autor (ano) Revista	Título	Objetivo	Método	Principais resultados	Qualidade de Evidência (GRADE)
TYRER, et al. (2015) International Journal of Nursing Studies	Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients	Comparar os resultados da terapia ministrada por enfermeiros e outros grupos profissionais por meio de uma análise secundária planejada dos dados de um estudo randomizado de terapia cognitivo-comportamental adaptada para ansiedade em saúde	Estudo Randomizado Controlado	Enfermeiros gerais, após treinamento adequado, são terapeutas muito eficazes para pacientes com ansiedade de saúde em clínicas médicas e devem ser os terapeutas de escolha para pacientes nesses ambientes	ALTA
SAMPAIO et al. (2018) Journal of Advanced Nursing	A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety on adult psychiatric outpatients	Avaliar a eficácia a curto prazo de uma intervenção psicoterapêutica em enfermagem a pacientes psiquiátricos portugueses, adultos, com o diagnóstico de enfermagem “ansiedade”.	Estudo Randomizado Controlado	A intervenção psicoterapêutica em enfermagem demonstrou eficácia, em curto prazo, na diminuição do nível de ansiedade e melhoria do autocontrole da ansiedade em um grupo de pacientes ambulatoriais psiquiátricos com ansiedade patológica. Os pacientes do Grupo de Intervenção apresentaram melhores resultados que os do Grupo Controle.	MODERADA
OOSTERBAAN et al. (2013) The British Journal of Psychiatry	Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial	Avaliar a eficácia do Cuidado Escalonado Colaborativo no tratamento de Transtornos Mentais Comuns	Estudo Randomizado Controlado	Pacientes tratados com CSC apresentam uma resposta mais rápida ao tratamento e remissão de sintomas. Os efeitos do tratamento foram mais significativos no tratamento da ansiedade. A intensidade do cuidado realizado por enfermeiras psiquiátricas nos cuidados primários aumentou significativamente na condição de CSC em comparação com a condição CAU (3,5 v. 2,0 visitas, $P < 0,009$). Esse estudo mostra que a organização do atendimento pode lucrar com o fornecimento de tratamentos de baixa intensidade na	ALTA

				atenção primária e com a colaboração entre os profissionais de saúde	
RICHARDS et al. (2003) British Journal of General Practice	Effect of Nurse-Led Telephone Follow ups (Tele-Nursing) on Depression, Anxiety and Stress in Hemodialysis Patients	Determinar as diferenças no resultado clínico, a satisfação do paciente e os custos entre um livreto de autoajuda com base em técnicas de terapia cognitivo-comportamental e facilitadas por enfermeiras, em comparação com o atendimento normal dos clínicos gerais para pacientes com ansiedade e depressão de leve a moderada	Estudo Randomizado Controlado	Autoajuda cognitivo-comportamental facilitada pode fornecer um benefício clínico de curto prazo com boa relação custo-benefício para os pacientes com ansiedade e depressão leves a moderadas. Não foi possível confirmar diagnóstico de transtorno de ansiedade com os instrumentos utilizados	MODERADA
BEHENCK et al. (2017) Archives of Psychiatric Nursing	Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder	Identificar os fatores terapêuticos que surgem de acordo com a percepção do paciente durante sessões de TCC	Ensaio Clínico Não Controlado	A TCC em formato de grupo oferece um ambiente que facilita a experimentação de comportamentos novos e mais adaptativos e contribui para a correção de distorções cognitivas. Esse processo de mudança é aprimorado pela sinergia com fatores terapêuticos, como a identificação e a autocompreensão. Enfermeiras – que são bem posicionados no atendimento ao paciente – são especialmente aptas a treinamento e aplicação de TCCG	ALTA
WESNER et al. (2019) Archives of Psychiatric Nursing	Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder	Avaliar a resposta a quatro sessões de resiliência e estratégia de enfrentamento adicionadas ao padrão de TCC para o TP	Ensaio Clínico Controlado	Houve melhora do domínio meio ambiente da QV, diminuição do uso de BZD, preditores para aumento da resiliência no grupo intervenção. TCCG foi positiva para ambos os grupos	ALTA

Fonte: Autor (2019)

As atividades propostas compreendiam terapia cognitiva adaptada para ansiedade de saúde, técnicas para redução da ansiedade, psicoeducação, correções cognitivas, exposição interoceptiva e naturalística, aconselhamento, redução do estresse, estratégias de enfrentamento, promoção da resiliência, comunicação assertiva, controle da raiva, intervenção em crise e autoajuda guiada baseada em técnicas cognitivas e comportamentais. Os instrumentos mais utilizados para a avaliação dos participantes foram *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *Clinical Global Impression* (CGI) e *Hamilton Scale for Anxiety* (HAM-A) (Tabela 1).

Os estudos demonstraram que tanto o grupo intervenção quanto o grupo controle se beneficiaram ao receber algum tipo de tratamento, pois todos apresentaram melhora clínica com redução do nível de ansiedade e redução de sintomas relacionados às comorbidades, como sintomas depressivos. No entanto, observa-se que no grupo intervenção a melhora de sintomas de ansiedade foi significativamente superior. Outro achado relevante é a diminuição do uso de benzodiazepínicos no grupo intervenção (OOSTERBAAN et al., 2013; WESNER et al., 2019). A positividade da relação custo-benefício das intervenções também foi apontada (OOSTERBAAN et al., 2013; RICHARDS et al., 2003).

Importante ressaltar, ainda, que a eficácia da TCC para transtornos de ansiedade realizada por enfermeiros, em comparação com outros terapeutas que receberam o mesmo treinamento, foi avaliada por Tyrer et al. (2015). O estudo evidenciou que o nível de ansiedade diminuiu significativamente no grupo que recebeu a intervenção realizada por enfermeiros quando comparada ao grupo controle e aos grupos coordenados por outros terapeutas, mantendo essa diferença significativa ao longo do tempo ($p < 0,002$ aos 6 meses, $p = 0,035$ aos 12 meses, $p = 0,013$ aos 24 meses e $p = 0,002$ durante todo o seguimento). Além disso, os participantes que receberam intervenções realizadas pelos enfermeiros tiveram melhores taxas de adesão à terapia proposta.

Tabela 1 – Intervenções realizadas nos estudos

Nº	Estudo	Idade	Amostra		Instrumentos	Diagnóstico	Tratamento		Sessões	Tempo de seguimento
			Intervenção	Controle			Intervenção	Controle		
1	TYRER et al. (2015) ECR	18 - 75	219	225	CTRS-HAV, HAI, HADS	Clínico	TC adaptada para ansiedade de saúde	Informações sobre ansiedade + atendimento padrão em cuidados primários e secundários	5 – 10 sessões	24 meses
2	SAMPAIO et al. (2018) ECR	18 - 64	29	31	MINI Ansiedade segundo a NOC	Estruturado	NIC Técnicas de redução de ansiedade, enfrentamento, relaxamento, aconselhamento, controle da raiva, intervenção em crise, redução do estresse	Tratamento usual:	5 sessões	—
3	OOSTERBAAN et al. (2013) ECR	≥18	94	64	MINI, HAM	CGI, Estruturado	Modelo escalonado: 1) Tratamento usual com a autoajuda guiada e técnicas de possibilidade de utilizar TCC; 2) Serviço especializado; qualquer serviço disponível 3) Internação	1) Tratamento usual com a possibilidade de utilizar TCC; 2) Serviço especializado; qualquer serviço disponível 3) Internação	5 sessões	12 meses
4	RICHARDS et al. (2003) ECR	≥18	20	21	CORE-OM, EuroQol	Clínico	Livreto de autoajuda baseada na TCC	Tratamento convencional sem limitações para encaminhamento de serviços especializados	Consultas de enfermagem	3 meses
5	BEHENCK et al. (2017) EC não controlado	18 - 65	16 pacientes 192 observações	-	MINI, PDSS, HAM	CGI, Estruturado	TCC para TP	-	12 sessões	—

6	WESNER et al. (2019) EC controlado	18 - 65	50	50	MINI, PDSS, Estruturado CGI, HAM	TCC para TP + sessões de reforço com técnicas de solução de problemas, estratégias de enfrentamento e promoção da resiliência	TCC para TP (padrão ouro)	12 sessões controle 16 sessões intervenção	—
---	---	------------	----	----	-------------------------------------	---	---------------------------	---	---

Fonte: Autor (2019)

Nota: **HAI**: *Assessments of health anxiety*; **HADS**: *anxiety and depression*; **CTRS-HAV**: *Cognitive Therapy Rating Scale*; **MINI**: *Mini International Neuropsychiatric Interview*; **NOC**: Classificação dos resultados em enfermagem; **CGI**: *Clinical Global Impressions*; **PDSS**: *Panic Disorder Severity Scale*; **HAM**: *Hamilton Anxiety Scale*; **CORE-OM**: *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure*.

Para a elaboração do manual e protocolo assistencial, foram realizadas diferentes buscas que correspondem ao tema de pesquisa, e os resultados foram selecionados respeitando os critérios de elegibilidade, considerando os tipos de intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para a assistência de indivíduos com transtorno de ansiedade.

Ressalta-se, ainda, a relevância e o aspecto inovador do estudo, diante de não ter sido encontradas outras revisões sistemáticas que avaliassem a qualidade de evidências do tema em questão.

Os resultados obtidos na revisão sistemática demonstraram que as intervenções realizadas por enfermeiros apresentaram eficácia em curto e longo prazos na redução do nível de ansiedade e/ou remissão dos sintomas e na melhora clínica de sintomas relacionados às comorbidades, corroborando estudos anteriores, que demonstraram que intervenções realizadas por enfermeiros comumente apresentam reduções nos níveis de ansiedade em conjunto com a redução principalmente dos sintomas depressivos (BERG et al., 2020; PAHLAVANZADEH; ABBASI; ALIMOHAMMADI, 2017; YOHANNES, 2018).

Os estudos, em sua maioria, demonstraram que a TCC, adaptada para a ansiedade, realizada por enfermeiros é efetiva na redução dos sintomas de ansiedade, podendo fornecer ao paciente, em curto prazo, a diminuição da ansiedade e de sintomas de depressão leve a moderada (BEHENCK et al., 2017; OOSTERBAAN et al., 2013; RICHARDS et al., 2003; TYRER et al., 2015; WESNER et al., 2019). Estudos que utilizaram a TCC como intervenção terapêutica foram avaliados com recomendação forte, em virtude dos benefícios e das vantagens dessa conduta terapêutica, conforme escala de grau de evidências GRADE (TYRER et al., 2015; WESNER et al., 2019).

Apesar de as intervenções com TCC terem sido realizadas majoritariamente por enfermeiras com especialização em saúde mental, não houve diferença nos resultados quanto à efetividade terapêutica quando comparadas às realizadas por enfermeiras clínicas assistenciais que apenas receberam treinamento em TCC (BEHENCK et al., 2017; OOSTERBAAN et al., 2013; RICHARDS et al., 2003; SAMPAIO, 2018; TYRER et al., 2015; WESNER et al., 2019). A pesquisa identificou que, por meio do respectivo treinamento, os enfermeiros integraram esses métodos na prática clínica, impactando na redução dos sintomas de ansiedade (MOOREY, 2009).

Nos artigos selecionados, identificou-se uma variação no método de treinamento dos enfermeiros não especialistas para aplicação da intervenção de TCC. No estudo de Tyrer et al. (2015), enfermeiras com especialidade em clínica geral realizaram duas oficinas coordenadas por quatro especialistas e receberam supervisão médica durante a intervenção. Enquanto isso, no estudo de Richards (RICHARDS et al., 2003), os enfermeiros assistenciais receberam

treinamento de três dias, com realização de observação dramatizada e conclusão de tarefa escrita. Em um estudo realizado recentemente, destacou-se o acompanhamento aplicado aos enfermeiros atuantes em unidades de internação cardiovascular, em que havia a supervisão a cada duas semanas de um psicólogo para auxiliar na aplicação correta da TCC (BERG et al., 2020).

Behenck et al. (2017) e Wesner et al. (2019) apresentam em suas pesquisas a aplicação de TCC realizada em grupo (TCCG), referindo melhora no domínio meio ambiente, em virtude de um ambiente facilitador na experimentação de novos comportamentos adaptativos, contribuindo para a correção de distorções cognitivas. Destaca-se que a TCC pode ser aplicada por meio de abordagens diferentes.

Nos estudos de Richards et al. (2003) e Oostermann et al. (2013), foi observado que a TCC pode fornecer benefícios relacionados aos custos, com respostas de curto prazo que auxiliam na redução dos gastos do sistema público de saúde (IZAGUIRRE-RIESGO; MENÉNDEZ-GONZÁLEZ; ALONSO PÉREZ, 2020). Em estudo anterior realizado por enfermeiras com pacientes respiratórios crônicos, esse mesmo impacto econômico foi inferido, por meio da redução de idas à emergência após intervenções individuais de TCC (YOHANNES, 2018). Estudos de Wesner et al. (2019) e Osterbann et al. (2013) apresentam, além dos benefícios socioeconômicos de uma intervenção de curto prazo, a diminuição do uso de benzodiazepínicos, a qual impacta não somente nas questões socioeconômicas do sistema de saúde que provê a medicação, mas também na saúde do indivíduo que faz uso dessa substância. Evidências demonstraram que, apesar de os benzodiazepínicos se mostrarem efetivos na redução de ansiedade em curto prazo, não produzem uma melhora significativa em longo prazo (LOUVET; ISCHAYEK; DANOFF, 2015).

A respeito do cenário dos estudos, quatro (RICHARDS et al., 2003; OOSTERBAAN et al., 2013; BEHENCK et al., 2017; WESNER et al., 2019) foram realizados na atenção primária, tendo como similaridade TCC como prática de intervenção. A oferta da TCC apresenta potencial melhora na saúde mental de pacientes da atenção primária, além de benefício econômico em curto prazo para pacientes com ansiedade e depressão leve a moderada (RICHARDS et al., 2003). Verificou-se, ainda, que os pacientes com sintomas leves e moderados de ansiedade na atenção primária que utilizam a prática de TCC por enfermeiros apresentam maior satisfação e são encaminhados a outros serviços com menos frequência do que pacientes que são tratados por médicos clínicos (RICHARDS et al., 2003). Tal aspecto embasa o bem-sucedido modelo de intervenção, devendo ser estimulado como ferramenta no

contexto da atenção à saúde mental na atenção primária (PEDROSA; COUTO; LUCESSE, 2017).

É importante salientar que os estudos utilizaram diferentes protocolos de intervenções terapêuticas, demonstrando que na área de saúde mental, os protocolos podem ser aplicados com flexibilidade. No entanto, por meio da pesquisa, o uso de um protocolo padronizado pode reduzir a variabilidade das ações, possibilitar a avaliação de resultados e disseminar o conhecimento com evidência de eficácia para a tomada de decisões para intervenções realizadas por enfermeiros para a assistência de transtornos de ansiedade em diferentes contextos (PIMENTA et al., 2015).

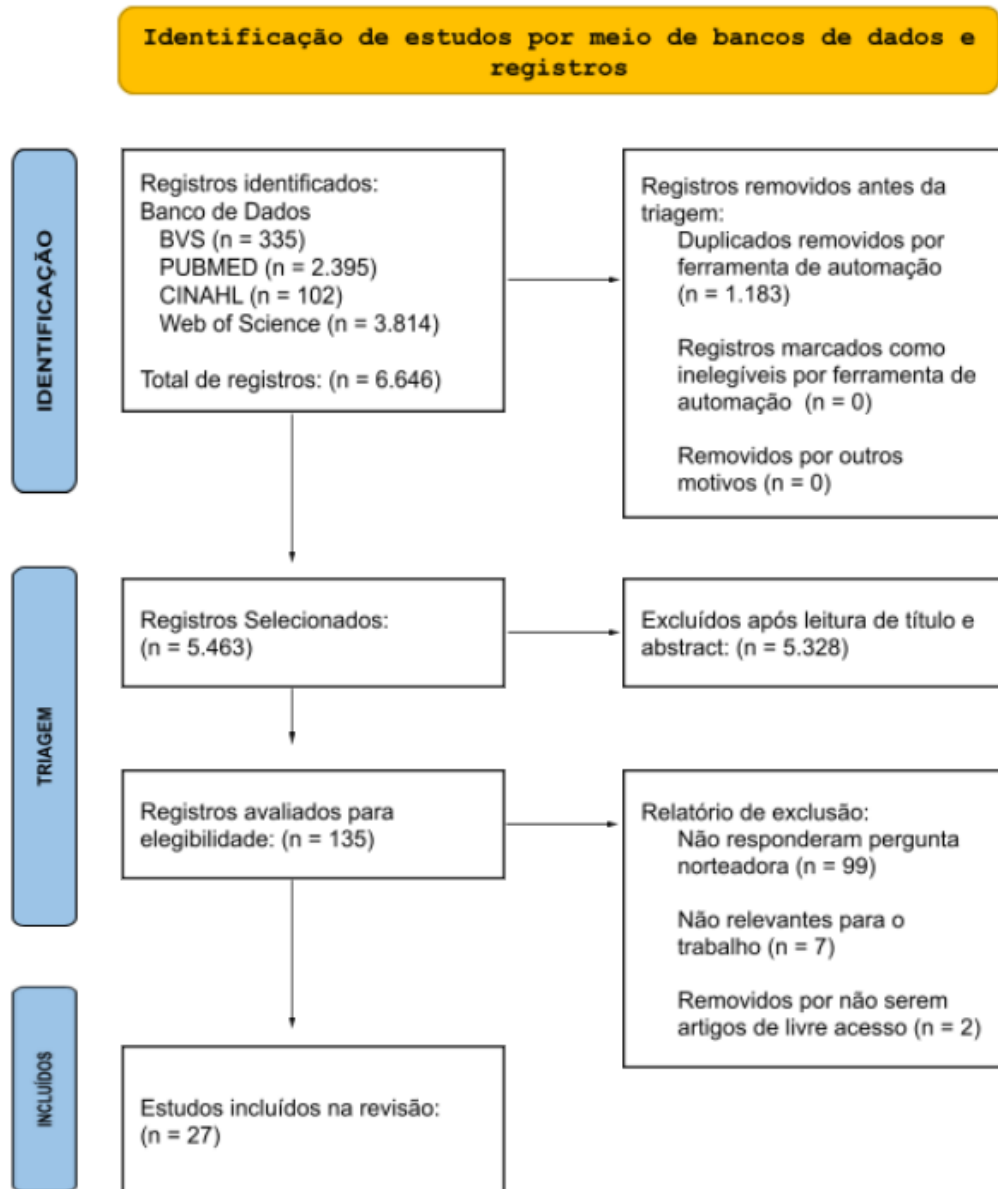
Os resultados deste estudo indicam que as intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros, principalmente a TCC, são benéficas para indivíduos com transtornos de ansiedade, evidenciando melhora significativa na redução dos níveis de ansiedade, redução do uso de drogas, melhora do autocontrole e remissão dos sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade e comorbidades. Além de contribuir para a obtenção de alívio e redução de sofrimentos de cunho psíquico.

5.2 REVISÃO INTEGRATIVA (RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES)

No total foram encontrados 6.646 artigos relacionados ao tema. A busca na base de dados PubMed resultou em 2.395; na WoS foram identificados 3.814; no CINAHL foram selecionados 102 artigos e, por fim, na base de dados BVS obteve-se um total de 335 estudos. Quando as duplicatas foram removidas por automação complementada com checagem por meio do aplicativo Rayyan (OUZZANI et al., 2016), 5.463 artigos foram catalogados. Destes, 135 artigos foram elegíveis para a avaliação com a leitura na íntegra por duas autoras independentes. Por não corresponderem à questão da pesquisa, 97 artigos foram desconsiderados e dois foram excluídos por não serem artigos de livre acesso.

Posteriormente, outros nove artigos foram considerados irrelevantes para o atual trabalho, sendo estes excluídos por uma terceira opinião da avaliadora. Resultou em 27 artigos que foram incluídos, por estarem dentro dos critérios de inclusão desta pesquisa. As listas de referências desses artigos também foram examinadas, a fim de avaliar se havia pesquisas adicionais a serem selecionadas. As inclusões e exclusões do estudo são ilustradas na figura do fluxo (Diagrama 2).

Diagrama 2 – Diagrama do fluxo de desenvolvimento da Revisão Integrativa para inclusão e exclusão dos estudos



Fonte: Page et al. (2020).

A síntese e a distribuição das produções incluídas estão apresentadas no Quadro 7, conforme estudo, objetivo, delineamento, nível de evidência, intervenções e principais resultados.

Quadro 7 – Distribuição dos estudos (título, nomes dos autores, ano de publicação, periódico, país de origem) de acordo com objetivo, delineamento, nível de evidência, intervenções e principais resultados (n = 27)

Estudo	Objetivo	Delineamento Nível de evidência	Intervenções	Principais resultados
Acceptance-based behavioral therapy for GAD: effects on outcomes from three theoretical models Treanor et al. (2011) Depress Anxiety EUA	Examinar o efeito de uma terapia comportamental baseada na aceitação para o Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG).	Estudo Randomizado Controlado 1B	Psicoeducação; exercícios de AP; respiração diafragmática e relaxamento muscular (adaptados do protocolo de Terapia Cognitiva Comportamental)	Houve evidências de que uma terapia comportamental baseada na aceitação para TAG tem efeitos significativos nos alvos únicos de intervenção destacados em vários modelos teóricos proeminentes de TAG.
Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder a Randomized Controlled Trial Stangier et al. (2011) Arch Gen Psychiatry Alemanha	Comparar a eficácia da Terapia Cognitiva (TC) e Psicoterapia Interpessoal (IPT) para sintomas de fobia social.	Estudo Clínico Randomizado 1B	Terapia Cognitiva (TC) e Psicoterapia Interpessoal (IPT)	A TC e a IPT levaram a melhorias consideráveis que foram mantidas por um ano após o tratamento; A TC foi mais eficaz do que a IPT na redução dos sintomas da fobia social.
Effectiveness of guided self-help for depression and anxiety disorders in primary care: a pragmatic randomized controlled trial	Avaliar a eficácia da autoajuda (guiada) na atenção primária para pacientes com diagnóstico de transtorno de humor e/ou ansiedade menor ou maior.	Estudo Randomizado Controlado 1B	Autoajuda guiada; vigilância; tratamento solução de problemas; medicação	Para pacientes com Transtorno de Ansiedade (TA) apenas, os sintomas de ansiedade diminuíram em comparação com o grupo de cuidados como de costume. A autoajuda parece apenas ligeiramente superior ao cuidado usual e,

Seekles et al. (2011) Psychiatry Res Holanda				portanto, pode não ser uma ferramenta eficaz na prática geral.
A Randomized Clinical Trial of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety Disorder by Comparison to Relaxation Training Norton et al. (2012) Behavior Therapy EUA	Comparar a eficácia de um tratamento de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) Transdiagnóstica para Transtorno de Ansiedade (TA) com um programa de treinamento de relaxamento.	Estudo Clínico Randomizado 1B	TCC Transdiagnóstica; Programa de Treinamento de Relaxamento Aplicado (RLX)	Foram observados resultados significativos e estatisticamente equivalentes/não inferiores entre as condições, embora o relaxamento tenha sido associado a uma maior taxa de abandono, apesar de não haver diferenças na credibilidade do tratamento.
Transdiagnostic versus diagnosis-specific cbt for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial Norton et al. (2012) Depress Anxiety EUA	Comparar a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) Transdiagnóstica com a TCC específica do diagnóstico para transtorno de pânico (TP), transtorno de ansiedade social (TAS) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG).	Estudo Clínico Randomizado 1B	TCC Transdiagnóstica: psicoeducação, introdução e reestruturação cognitiva; comparada à TCC específica para diagnóstico	A eficácia da TCC Transdiagnóstica para transtorno de ansiedade é tão forte quanto a de TCC específica, tendo o benefício de facilitar a disseminação e aumentar o acesso a tratamentos para ansiedade baseados em evidências.

A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized controlled trial Koszycki et al. (2014) J Clin Psychol EUA	Testar se uma intervenção de base espiritual tem maior eficácia do que uma condição de controle não específica no transtorno de ansiedade generalizada.	Estudo Clínico Randomizado 1B	SBI (intervenção multifacetada de base espiritual)	Uma intervenção de base espiritual não denominacional tem maior eficácia do que um controle rigoroso para melhorar os sintomas de transtorno de ansiedade generalizada e aumentar o bem-estar espiritual.
A preliminary study of individual cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in Japanese clinical settings: a single-arm, uncontrolled trial Yoshinaga et al. (2013) BMC Research Notes Japão	Identificar a viabilidade de TCC individual para Transtorno de Ansiedade Social (TAS) em ambientes clínicos japoneses. Examinar os preditores de linha de base dos resultados associados ao recebimento da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC).	Estudo Clínico Randomizado 1B	TCC Individual (baseado no modelo Clark e Mells)	Um programa de TCC individual de 14 semanas parece viável e pode alcançar resultados de tratamento favoráveis para TAS em contextos clínicos japoneses.
Decentering as a Potential Common Mechanism Across Two Therapies for Generalized Anxiety Disorder	Examinar se um tratamento combinando <i>mindfulness</i> (Relaxamento Aplicado) e estratégias baseadas na aceitação com abordagens comportamentais melhoraria os resultados em Transtorno de Ansiedade	Estudo Clínico Randomizado 1B	Terapia Baseada na Aceitação (ABBT) e Relaxamento Aplicado (AR)	A ABBT é uma alternativa viável para o tratamento de TAG.

Skelton et al. (2013) Journal of consulting and clinical psychology EUA	Generalizada (TAG) em relação a um tratamento empiricamente apoiado.			
Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders Ejeby et al. (2014) Fam Pract Reino Unido	Comparar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental e da intervenção multimodal na qualidade de vida e no alívio dos sintomas psicológicos de pacientes com transtornos mentais comuns ou problemas atendidos em centros de atenção primária à saúde.	Estudo Randomizado Controlado 1B	Terapia Cognitivo- Comportamental (TCC) e Intervenção Multimodal (MMI)	Não surgiram diferenças significativas ao longo do acompanhamento. Os participantes que receberam TCC melhoraram significativamente mais do que aqueles do grupo de comparação com atendimento usual (CAU). Em quatro das medidas de desfecho secundário, o grupo MMI foi significativamente mais aprimorado do que os grupos TCC e CAU. O curso da melhora não diferiu entre o grupo TCC e o grupo CAU nessas medidas.
An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression Mennin et al. (2015) Depress Anxiety EUA	Avaliar a eficácia da terapia de regulação emocional a pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e sintomas depressivos.	Estudo Clínico Randomizado 1B	Regulação da emoção; atenção plena às pistas somáticas e emocionais	Pacientes com transtorno de ansiedade generalizada, metade com depressão maior comórbida, evidenciaram melhorias estatística e clínicamente significativas na gravidade dos sintomas, no prejuízo, na qualidade de vida e nos resultados relacionados ao modelo, incluindo intensidade emocional/motivacional, atendimento/aceitação atenta, descentralização e reavaliação cognitiva. Os pacientes mantiveram ganhos durante os períodos de acompanhamento de três e nove meses.

Decentering as a Potential Common Mechanism Across Two Therapies for Generalized Anxiety Disorder Hayes-Kelton et al. (2015) Journal of consulting and clinical psychology EUA	Avaliar a eficácia de dois tratamentos para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): uma terapia comportamental baseada na aceitação (ABBT) e relaxamento aplicado (AR).	Estudo Clínico Randomizado 1B	Terapia Comportamental Baseada em Evidências (ABBT) e Relaxamento Aplicado (AR)	Nessa amostra, os resultados sugerem que o aumento da descentralização foi associado à diminuição da ansiedade e que as mudanças na descentralização parecem preceder as mudanças nos sintomas tanto no ABBT quanto no AR, indicando que a descentralização pode ser um importante mecanismo de ação comum.
Effectiveness of a tailored implementation programme to improve recognition, diagnosis and treatment of anxiety and depression in general practice: a cluster randomised controlled trial Sinnema et al. (2015) Implementation Science EUA	Verificar a eficácia de um programa de implementação sob medida para melhorar o reconhecimento, o diagnóstico e o tratamento de ansiedade e depressão na prática geral.	Estudo Randomizado Controlado 1B	Psicoeducação	O programa de implementação adaptado levou ao reconhecimento de uma proporção maior de pacientes apresentando ansiedade e depressão e a mais consultas após o reconhecimento, mas não levou a mais prescrição de antidepressivos ou encaminhamento para serviços especializados de saúde mental. Os pacientes do grupo de intervenção relataram melhor acessibilidade ao atendimento e fornecimento de informações e conselhos.
Interpersonal Problems, Mindfulness, and Therapy Outcome in an Acceptance-Based Behavior Therapy for	Avaliar a resposta a dois tratamentos para Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG): uma Terapia Comportamental Baseada na Aceitação (ABBT) e Relaxamento Aplicado (AR),	Estudo Clínico Randomizado 1B	Atenção Plena – ABBT e AR	Diminuição nos problemas interpessoais e aumento na atenção plena durante o tratamento. Por meio do acompanhamento os tratamentos foram associados a diminuições nos problemas interpessoais, mesmo quando contabilizados

Generalized Anxiety Disorder Millstein et al. (2015) Cogn Behav Ther EUA	e examinar como o desenvolvimento da atenção plena pode estar relacionado à mudança nos problemas interpessoais durante o tratamento e no acompanhamento.			pelas reduções na gravidade geral do TAG. O desenvolvimento da atenção plena em indivíduos com TAG pode ajudar a amenizar as dificuldades interpessoais dessa população.
Metacognitive Therapy Applications in Social Anxiety Disorder: An Exploratory Study of the Individual and Combined Effects of the Attention Training Technique and Situational Attentional Refocusing Vogel et al. (2016) Journal Experimental Psychopathology Noruega	Verificar a eficácia das Técnicas de Treinamento de Atenção (ATT) e de Refocagem de Atenção Situacional (SAR) para diminuição dos Transtornos de Ansiedade (TA).	Estudo Clínico Randomizado 1B	Técnica de Treinamento de Atenção (ATT); Refocagem de Atenção Situacional (SAR)	Os participantes fizeram reduções significativas nas avaliações dos níveis sociais e gerais relatadas pelas entrevistas de ansiedade ao final da primeira intervenção (ATT ou SAR). No geral, essas técnicas breves destinadas a aumentar a flexibilidade de atenção foram associadas a grandes mudanças, clinicamente significativas nos sintomas do Transtorno de Ansiedade Social.
Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied	Examinar as reduções na Evitação Experimental (EA) em relação ao recebimento de Terapia Comportamental Baseada em Evidências (ABBT) ou Relaxamento Aplicado (AR) entre os participantes	Estudo Clínico Randomizado 1B	Terapia Comportamental Baseada em Evidências (ABBT) e Relaxamento Aplicado (AR)	Uma mudança maior na Evitação Experimental (EA) ao longo do tratamento previu significativamente a mudança na preocupação (PSWQ) e na qualidade de vida (QOLI) em ambos os tratamentos. Esses resultados contribuem para o corpo da literatura sobre os

relaxation for generalized anxiety disorder Eustis et al. (2016) Behav Res Ther EUA	com um diagnóstico principal de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).			mecanismos comuns de mudança nas Terapias Cognitivas Comportamentais (TCCs) tradicionais e nas abordagens baseadas na atenção plena e na aceitação.
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) Zimmermann et al. (2016) Int J Nurs Stud Alemanha	Avaliar a eficácia de uma intervenção complexa baseada na atenção primária, liderada por enfermeiras, para promover o autocuidado em pacientes com ansiedade, sintomas depressivos ou somáticos.	Estudo Randomizado Controlado 1B	Téc. de gerenciamento para promover autogestão; Téc. de resolução de problemas, exercícios de relaxamento (AR); Atividade de fortalecimento e autoconfiança	Uma intervenção complexa liderada por uma enfermeira, implementada como um modelo de cuidado colaborativo, aumentou a percepção da autoeficácia em pacientes com sintomas de ansiedade, depressão ou somatização em comparação com pacientes de controle. Pela primeira vez no sistema de saúde alemão, o estudo validou a crença de que uma enfermeira pode complementar com sucesso o trabalho de um clínico geral – particularmente no apoio ao autogerenciamento de pacientes com sintomas psicossomáticos e suas necessidades psicossociais.
The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared with Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial	Determinar se o Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais (UP) é pelo menos tão eficaz quanto os Protocolos de Transtorno Único (SDPs) no tratamento de transtornos de ansiedade.	Estudo Clínico Randomizado 1B	Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais (UP) e Protocolo de Transtorno Único (SDPs)	O UP produz redução de sintomas equivalente a tratamentos psicológicos baseados em evidências padrão para transtornos de ansiedade com menos desgaste. Assim, pode ser possível usar um protocolo em vez de vários SDPs para tratar de forma mais eficiente os transtornos depressivos e de ansiedade que ocorrem mais comumente.

Barlow et al. (2017) JAMA Psychiatry EUA				
Trajectories of social anxiety, cognitive reappraisal, and mindfulness during an RCT of CBGT versus MBSR for social anxiety disorder Goldin et al. (2017) Behav Res Ther EUA	Investigar o impacto da Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG) vs. Redução do Estresse Baseado em Mindfulness (MBSR) nas trajetórias de ansiedade social, reavaliação cognitiva e atenção plena.	Estudo Randomizado Controlado 1B	Exercícios de Atenção Plena (AP); psicoeducação; reestruturação cognitiva (exercícios e práticas de treinamento de habilidades)	TCCG e MBSR produziram trajetórias semelhantes mostrando diminuições na ansiedade social e aumentos na reavaliação (mudando a maneira de pensar) e atenção plena (atitude consciente). Comparado com MBSR, TCCG produziu maiores aumentos na disputa de pensamentos/sentimentos ansiosos e sucesso na reavaliação. Comparado ao TCCG, o MBSR produziu maior aceitação da ansiedade e sucesso na aceitação. As análises de Causalidade de Granger revelaram que os aumentos na reavaliação semanal e o sucesso da reavaliação previram diminuições subsequentes na ansiedade social semanal durante a TCCG (mas não a MBSR) e aumento na atitude consciente semanal, contestando pensamentos/sentimentos ansiosos, além de diminuições subsequentes na ansiedade social semanal durante MBSR (mas não TCCG). Esse exame da dinâmica temporal identificou mudanças compartilhadas e distintas durante a TCCG e a MBSR que apoiam e desafiam as conceituações atuais dessas intervenções clínicas.

Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention Taylor et al. (2017) Depress Anxiety Reino Unido	Avaliar a eficácia de uma nova intervenção de Atividade Positiva Transdiagnóstica (PAI) para ansiedade e depressão.	Estudo Randomizado Controlado 1B	PAI	O grupo PAI exibiu melhorias significativamente maiores no afeto positivo e bem-estar psicológico do pré ao pós-tratamento em comparação com o grupo da lista de espera. O regime de intervenção de PAI também resultou em reduções significativamente maiores nos efeitos negativos, bem como nos sintomas de ansiedade e depressão, em comparação com o grupo da lista de espera.
Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms Abbing et al. (2019) PloS one Holanda	Verificar redução da ansiedade em mulheres com transtornos de ansiedade, tratadas com Terapia da Arte (AT).	Estudo Randomizado Controlado 1B	Terapia da Arte Antropofísica	A AT melhora a frequência cardíaca, a variabilidade da frequência cardíaca em repouso e os aspectos comportamentais diários e de desempenho cognitivo do funcionamento executivo.
Approaching Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder from a Cognitive Process Perspective Hirsch et al. (2019)	Investigar a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) no tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).	Estudo Clínico Randomizado 1B	TCC	As técnicas que maximizam o impacto das intervenções nos principais processos cognitivos que mantêm a preocupação podem levar a um tratamento eficaz. A avaliação formal da TCC para o TAG guiada por uma visão do processo cognitivo do TAG na forma de um ensaio clínico randomizado completo é, consequentemente,

Frontiers in Psychiatry Reino Unido				indicada para continuar a fortalecer o resultado do cliente para essa condição comum e debilitante.
Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial Khakpoor et al. (2019) Trends Psychiatry Psychother Irã	Investigar os resultados do tratamento da terapia utilizando o Protocolo Unificado (PU) para o tratamento transdiagnóstico de transtornos emocionais.	Estudo Randomizado Controlado 1B	PU	O PU pode reduzir significativamente a ansiedade e a depressão no grupo de tratamento em relação ao grupo de controle. O presente estudo fornece evidências promissoras mostrando, além da eficácia do PU na redução da ansiedade e dos sintomas depressivos, que a regulação da emoção desempenha um papel importante no PU para transtornos emocionais.
Enhancing Autonomy-Connectedness in Patients with Anxiety Disorders: a Pilot Randomized Controlled Trial Mass et al. (2019) Frontiers in Psychiatry França	Examinar a eficácia relativa de 15 sessões de tratamento para melhorar a autonomia (AET) em comparação com uma condição de controle de lista de espera em uma amostra de pacientes com transtornos de ansiedade.	Estudo Randomizado Controlado 1B	AET - Psicoeducação	Ambas as análises sugeriram uma diminuição maior nos sintomas agorafóbicos no tratamento experimental do que na condição de lista de espera, o tamanho de efeito foi pequeno. As análises dos completadores mostraram efeitos benéficos adicionais em dois dos três componentes de conexão da autonomia, bem como comportamentos nervosos, ansiedade e depressão, que desapareceram após a correção para múltiplos testes. AET pode aliviar os sintomas agorafóbicos em uma amostra de

				pacientes com ansiedade severa.
The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: a Randomized Controlled Trial Abbing et al. (2019) Front Psychol Holanda	Estudar a eficácia da Terapia Antropofósica (TA) na ansiedade em mulheres adultas.	Estudo Randomizado Controlado 1B	Terapia Antropofósica	A TA é eficaz na redução dos sintomas de ansiedade, melhorando a qualidade de vida e aspectos da regulação emocional.
A randomized clinical trial of group and individual Cognitive-Behavioral Therapy approaches for Social Anxiety Disorder Neufeld et al. (2020) International Journal of Clinical and Health Psychology Brasil	Avaliar o efeito de duas intervenções de Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) para ansiedade social: Terapia Cognitiva Baseada em Teste (TBCT) individual, uma nova terapia na área, e TCC em Grupo (TCCG), uma terapia de grupo baseada na exposição por meio de altos custos sociais e reestruturação cognitiva.	Estudo Clínico Randomizado 1B	TBCT individual e TCCG	Ambas as intervenções reduziram os sintomas psiquiátricos do pré ao pós-teste e os sintomas de ansiedade e depressão social primária em relação aos controles da lista de espera.
Enhancing Social Connectedness in Anxiety and Depression Through Amplification of Positivity: Preliminary Treatment	Avaliar a resposta ao tratamento de transtorno de ansiedade (TA) e depressão, utilizando um protocolo de intervenção de atividade positiva – Amplificação da Positividade (AMP).	Estudo Randomizado Controlado 1B	Protocolo de Intervenção de Atividade Positiva	O grupo AMP apresentou melhora significativa na conexão social do pré ao pós-tratamento em comparação com a lista de espera; a melhora foi mantida ao longo de seis meses de acompanhamento. Dentro do grupo AMP, o aumento de atividade positiva (PA) e a

Outcomes and Process of Change Taylor et al. (2020) Cogn Ther Res EUA				diminuição de afeto negativo (NA) previram aumentos subsequentes de conectividade ao longo do tratamento de maneira única.
The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: a randomized clinical trial Samad et al. (2020) Trends Psychiatry Psychother Irã	Avaliar a eficácia da terapia de aceitação e compromisso (ACT) para a melhora dos sintomas psicológicos em alunos com transtorno de ansiedade social.	Estudo Randomizado Controlado 1B	ACT	A ACT pode ser apropriada para reduzir os sintomas de pessoas com transtorno de ansiedade social e ajudá-los a promover a flexibilidade psicológica.

Fonte: Autor (2020)

Com relação às intervenções utilizadas, em oito estudos – Sinnema et al., 2015; Zimmermann et al., 2016; Norton, 2012; Seekles et al., 2011; Goldin et al., 2017; Treanor et al., 2010; e Maas et al., 2019 – a intervenção proposta compreendia a psicoeducação. A Atenção Plena foi encontrada em quatro estudos – Mennin et al., 2015; Goldin et al., 2017; Treanor et al., 2010; Vogel et al., 2016; e Khoramnia et al., 2020. A Terapia Comportamental Baseada em Evidências (ABBT) e o Relaxamento Aplicado (AR) foram aplicados em três estudos – Eustis et al., 2016; Millstein et al., 2015; e Hayes-Skelton et al., 2015. A terapia comportamental dialética (DBT) foi a intervenção usada em três estudos – Mennin et al., 2015; Barlow et al., 2017; e Khakpoor, Saed e Armani Kian, 2019. A Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) transdiagnóstica foi descrita em dois estudos – Norton e Barrera, 2012; e Ejeby et al., 2014. Técnicas de atividade positiva foram aplicadas em dois estudos – Taylor, Lyubomirsky e Stein, 2017; e Taylor et al., 2020a.

A TCC individual e em grupo foram utilizadas em três estudos – Yoshinaga et al., 2013; Neufeld et al., 2020; e Hirsch et al., 2019. Dois estudos utilizaram o Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais (PU) – Barlow et al., 2017; e Khakpoor, Saed e Armani Kian, 2019 – e um estudo – Taylor et al., 2020 – utilizou o Protocolo de Intervenção de Atividade Positiva. A arteterapia (AT) foi instrumento de intervenção em dois estudos – Abbing et al., 2019a e 2019b. A técnica de transcendência intervenção multifacetada de base espiritual (SBI) foi identificada em apenas um estudo – Koszycki et al., 2014. Cabe ressaltar que em alguns estudos foram aplicadas mais de uma intervenção para comparar efetivos resultados que obtivessem a diminuição da ansiedade – Treanor et al., 2010; Seekles et al., 2011; Norton, 2012; Norton e Barrera, 2012; Ejeby et al., 2014; Hayes-Skelton et al., 2015; Vogel et al., 2016; Eustis et al., 2016; Zimmermann et al., 2016; Goldin et al., 2017; e Neufeld et al., 2020.

Com referência ao cenário, cinco estudos – Norton, 2012; Seekles et al., 2011; Treanor et al., 2010; Da Costa et al., 2019; e Vogel et al., 2016 – ocorreram em Centros Especializados em Saúde Mental; quatro estudos – Sinnema et al., 2015; Yoshinaga et al., 2013; Hirsch et al., 2019, Barlow et al., 2017 – foram realizados em Ambulatórios de Clínica Geral; dois estudos Abbing et al., 2019a e 2019b – ocorreram em 25 clínicas privadas de arteterapia espalhadas pela Holanda; e um estudo – Ejeby et al., 2014 – aconteceu em um Centro de Atenção Primária à Saúde (APS). Os demais estudos não informaram os cenários de cuidado para TA.

Seekles et al. (2011), Yoshinaga et al. (2013), Maas et al. (2019), Hirsch et al. (2019) e Ejeby et al. (2014) verificaram em suas pesquisas que as intervenções para a diminuição de TA e depressão são realizadas por profissionais com especialidade em saúde mental. E não foram

evidenciados resultados diferentes em estudos realizados por profissionais não especialistas – Sinnema et al., 2015; Zimmermann et al., 2016; Goldin et al., 2017; Treanor et al., 2011; Taylor, Lyubomirsky, e Stein, 2017; Vogel et al., 2016; Norton, 2012; Koszycki et al., 2014; Eustis et al., 2016; Millstein et al., 2015; Hayes-Skelton et al., 2015; Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo, 2013; Norton e Barrera, 2012; Khoramnia et al., 2020; Stangier et al., 2011; Taylor et al., 2020, Mennin et al., 2015; Neufeld et al., 2020; Abbing et al., 2019a, 2019b; Barlow et al., 2017; Khakpoor et al., 2019; Taylor et al., 2020.

Seekles et al. (2011) observaram em seu estudo que um grupo de autoajuda apresentou melhores resultados na diminuição dos sintomas de ansiedade comparado ao grupo de cuidados usuais, porém a autoajuda parece apenas ligeiramente superior ao cuidado usual e, portanto, pode não ser uma ferramenta eficaz na prática geral. Yoshinaga et al. 2013 utilizaram a TCC individual demonstrando resultados favoráveis para transtorno de ansiedade social (TAS). Maas et al. (2019) avaliaram se o tratamento para melhorar a autonomia (AET) poderia aliviar os sintomas agorafóbicos em uma amostra de pacientes com ansiedade severa. As análises mostraram efeitos benéficos adicionais em dois dos três componentes de conexão da autonomia, bem como comportamentos nervosos, ansiedade e depressão, que desapareceram após a correção para múltiplos testes.

Hirsch et al. (2019) investigaram a eficácia da TCC para o transtorno de ansiedade generalizada, evidenciando a indicação da intervenção para fortalecer o resultado positivo em diminuir essa condição comum e debilitante. Ejeby et al. (2014) compararam os efeitos da TCC e da intervenção multimodal (MMI) na qualidade de vida e no alívio dos sintomas psicológicos de pacientes com transtornos mentais comuns ou problemas atendidos em centros de atenção primária à saúde. As análises demonstraram que ambas as intervenções melhoraram significativamente os sintomas psicológicos dos participantes do estudo.

Norton e Barrera (2012) compararam as intervenções de TCC transdiagnóstica à TCC específica para diagnóstico, sendo verificado que a abordagem em grupo (transdiagnóstica) associada à psicoeducação e à reestruturação cognitiva, fornece um tratamento eficaz e eficiente para TA. Em outro estudo, Norton (2012) comparou a eficácia de um tratamento de TCC transdiagnóstico para TA com um programa de treinamento de relaxamento abrangente (RLX) e os resultados convergem na conclusão de que a TCC transdiagnóstica e o RLX mostraram eficácia estatisticamente equivalente e significativa tanto no pré quanto no pós-tratamento.

Dentre as intervenções realizadas por não especialistas, houve prevalência para a psicoeducação (SINNEMA et al., 2015; ZIMMERMANN et al., 2016; GOLDIN et al., 2017; TREANOR et al., 2010; (TAYLOR; LYUBOMIRSKY; STEIN, 2017; VOGEL et al., 2016),

com ênfase em práticas de exercícios de atenção plena, relaxamento respiratório e muscular, respiração diafragmática, reestruturação dos problemas, melhora da autonomia e atividade de fortalecimento e autoconfiança.

Sinnema et al. (2015) trabalharam com práticas individuais e em grupo para reconhecimento da ansiedade. Este, após a implementação do programa de intervenções para ansiedade e depressão, apresentou adaptação, com diminuição de prescrições de antidepressivos ou encaminhamentos para serviços especializados de saúde mental.

Zimmermann et al. (2016) referem em seu estudo que uma intervenção de psicoeducação liderada por uma enfermeira, implementada como um modelo de cuidado colaborativo, aumentou a percepção da autoeficácia em pacientes com sintomas de ansiedade. Esse estudo alemão ainda validou a crença de que uma enfermeira assistencial pode complementar com sucesso o trabalho de um clínico geral, apoiando-se no autogerenciamento de pacientes com sintomas psicossomáticos e suas necessidades psicossociais.

Já no estudo de Goldin et al. (2017), ao compararem TCC em Grupo e Redução do Estresse Baseado em MINDFULNESS (MBSR), com práticas de Exercícios de Atenção Plena, psicoeducação e reestruturação cognitiva (exercícios e práticas de treinamento de habilidades), os autores evidenciaram trajetórias semelhantes nos grupos, mostrando diminuição na ansiedade social e aumentos na reavaliação (mudando a forma de pensar) e na atenção plena (atitude consciente).

Treanor et al. (2010), no uso das intervenções de psicoeducação, exercícios de atenção plena, respiração diafragmática e relaxamento muscular (adaptados do protocolo de TCC), baseada na aceitação, obtiveram evidências promissoras para o tratamento dos transtornos de ansiedade generalizada, com efeitos significativos. Assim como no estudo de Vogel et al. (2016), que validou a eficácia das Técnicas de Treinamento de Atenção (ATT) e de Refocagem de Atenção Situacional (SAR) para diminuição dos TA, técnicas breves destinadas a aumentar a flexibilidade de atenção, que apontaram mudanças significativas nos sintomas do Transtorno de Ansiedade Social. Outros estudos – Koszycki et al., 2014; Eustis et al., 2016; Millstein et al., 2015; Hayes-Skelton et al., 2015; Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo, 2013; Norton e Barrera, 2012; Khoramnia et al., 2020; Stangier et al., 2011; Taylor, Lyubomirsky e Stein, 2017; Mennin et al., 2015; e Neufeld et al., 2020 – aprofundaram-se nas Intervenções Multifacetadas de Base Espiritual (SBI), Terapia Comportamental Baseada em Evidências (ABBT), Terapia de Aceitação (ACT), TCC transdiagnóstica e Psicoterapia interpessoal e Terapia de Regulação Emocional (TRE).

No estudo realizado por Koszycki et al. (2014), o qual teve o objetivo de avaliar a aceitabilidade e eficácia inicial de uma intervenção SBI, foi aplicada a intervenção aos pacientes de diversas origens religiosas e espirituais, com ensinamentos básicos encontrados em muitas tradições religiosas, ao contrário de ensinamentos de um grupo de fé específico. A análise de intenção de tratar revelou que o SBI e a TCC demonstraram eficácia comparável na redução de ansiedade, preocupação excessiva e sintomas depressivos.

Já as intervenções realizadas por meio da Terapia Comportamental Baseada em Evidências (ABBT) e do Relaxamento Aplicado (AR), apresentaram mudanças significativas na preocupação e na qualidade de vida dos indivíduos tratados no estudo de Eustis et al. (2016). Esses resultados se comparam com o estudo de Millstein et al. (2015) nas abordagens baseadas na ABBT e no relaxamento aplicado, que evidencia como o desenvolvimento da atenção plena pode estar relacionado à mudança significativa dos problemas interpessoais durante o tratamento e o acompanhamento.

Hayes-Skelton et al. (2015) examinaram a descentralização como um mecanismo de ação potencial em dois tratamentos para transtorno de ansiedade generalizada, comparado às intervenções de ABBT e AR. Já em outro estudo, Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo (2013) examinaram se um tratamento derivado empiricamente e teoricamente combinando em *mindfulness* e estratégias baseadas na aceitação com abordagens comportamentais, melhoraria os resultados dos Transtornos de Ansiedade Generalizada (TAG) em relação a um tratamento empiricamente apoiado. Em ambos os estudos foi observado que não houve nenhuma diferença significativa durante o acompanhamento, indicando manutenção de ganhos com ambas as intervenções. No estudo que abordou a Terapia de Aceitação (ACT), foi avaliada a eficácia para a melhora dos sintomas psicológicos em alunos com Transtorno de Ansiedade Social (TAS), apresentando resultados significativos para a diminuição dos sintomas e a promoção de flexibilidade psicológica (KHORAMNIA et al., 2020).

O estudo de Stangier et al. (2011) comparou relações interpessoais por meio de Psicoterapia Interpessoal (IPT) com Terapia Cognitiva (TC), sendo observado que a TC e o IPT, mantiveram, após um ano de tratamento, melhorias significativas. No entanto, a TC foi mais eficaz do que o IPT na redução dos sintomas da fobia social.

Taylor, Lyubomirsky e Stein (2017) avaliaram a eficácia de uma nova intervenção de atividade positiva transdiagnóstica (PAI) para ansiedade e depressão. O grupo intervenção de atividade positiva transdiagnóstica exibiu melhorias no afeto positivo e bem-estar psicológico do pré ao pós-tratamento significativamente maiores e também resultou em reduções nos efeitos

negativos, bem como nos sintomas de ansiedade e depressão, em comparação com o grupo da lista de espera.

Mennin et al. (2015) teve como objetivo, em um estudo aberto, investigar a eficácia da terapia de regulação emocional em pacientes com TAG e sintomas depressivos recorrentes. No período de três a nove meses, os pacientes mantiveram ganhos, evidenciando melhorias significativas na gravidade dos sintomas, no prejuízo, na qualidade de vida e nos resultados relacionados ao modelo, incluindo intensidade emocional/motivacional, atendimento/aceitação atenta, descentralização e reavaliação cognitiva.

Neufeld et al. (2020) avaliaram o efeito de duas intervenções para pacientes com sintomas de ansiedade e depressão social: Terapia Cognitiva Baseada em Teste (TBCT) individual versus TCC em grupo, baseada na exposição por meio de altos custos sociais e reestruturação cognitiva. Ambas reduziram os sintomas psiquiátricos do pré ao pós-teste e os sintomas de ansiedade e depressão social primária.

Em dois estudos que abordaram a Arteterapia Antroposófica como intervenção, Abbing et al. (2019a) exploraram possíveis mecanismos de trabalho de redução da ansiedade em mulheres com TA, tratadas com terapia de arte (AT), e evidenciaram melhora da frequência cardíaca e da variabilidade da frequência cardíaca em repouso e os aspectos comportamentais diários. Já Abbing et al. (2019b) verificaram a eficácia do AT na ansiedade em mulheres adultas e mostraram que a AT é eficaz na redução dos sintomas de ansiedade, melhorando a qualidade de vida e aspectos da regulação emocional.

Com relação aos dois estudos nos quais foi utilizado o Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais (PU) como instrumento de intervenção, Barlow et al. (2017) e Khakpoor et al. (2019) evidenciaram que o PU mostra eficácia na redução da ansiedade, desempenhando um papel importante para transtornos emocionais. Em um terceiro estudo, Taylor et al. (2020) utilizaram o Protocolo de Intervenção de Atividade Positiva, o qual sugere que as emoções positivas, a redução das emoções negativas e as intervenções de atividades positivas podem ser valiosas para aumentar a conexão social em indivíduos com ansiedade ou depressão.

Levando em consideração as características dos estudos e seus resultados agregados, a qualidade de evidências, produzida nesta revisão, foi analisada no delineamento da investigação, por meio da Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) (2009), com a apresentação de grau de recomendação “A” e nível de evidência 1B, conforme visualizado no Quadro 7.

Compreendendo a importância de uma equipe multiprofissional para o tratamento das pessoas que sofrem de TA, nesta revisão integrativa não foram feitas restrições com relação à especialidade dos profissionais que realizaram as intervenções terapêuticas para TA. Independentemente da formação dos profissionais apresentados, sendo eles especialistas ou não em saúde mental e psiquiatria, identificou-se, entre os estudos, que as intervenções terapêuticas apresentadas demonstraram redução dos níveis de ansiedade.

Nos estudos em que as práticas foram realizadas por profissionais não especialistas, estes tiveram treinamento breve em técnicas específicas de TCC com a supervisão de profissionais experientes nas técnicas das intervenções escolhidas. Os tratamentos variaram entre os estudos, demonstrando, porém, que práticas de intervenções terapêuticas comuns entre eles evidenciaram que a escolha de uma abordagem não exclui as demais, conforme inúmeros ensaios clínicos e metanálises que demonstraram a eficácia das psicoterapias em diversos transtornos (CORDIOLI; GREVET, 2018).

Nos estudos que abordaram o TA com mulheres, Abbing et al. (2019a, 2019b) identificaram a redução dos níveis de ansiedade e a melhora da saúde e qualidade de vida, o que vem ao encontro de outros estudos que enfatizam a relevância de ações para a prevenção e o tratamento, evitando que o TA possa elevar as taxas de comorbidades e morbidades (STRINE et al., 2008; STEIN; HOLLANDER; ROTHBAUM, 2009; DE SOUZA; MACHADO-DE-SOUSA, 2017). Cabe ressaltar que apesar de os estudos referirem que as intervenções foram realizadas por profissionais especialistas em arteterapia antropológica, não foram encontradas na literatura referências que indiquem a necessidade de especialização na intervenção de arteterapia.

Nos estudos de Zimmermann et al. (2016), Yoshinaga et al. (2013) e Ejeby et al. (2014), as intervenções realizadas por enfermeiros não especialistas e com técnicas de TCC distintas, como TCC individual (CBT baseado no modelo de Clark e Mells), transdiagnóstica e psicoeducação, apresentaram redução significativa da ansiedade. Em estudos anteriores, técnicas de intervenção em TCC realizadas por enfermeiros não especialistas, porém com treinamento adaptado para ansiedade, evidenciaram redução dos sintomas de ansiedade, não demonstrando diferenciação de resultados das intervenções realizadas por enfermeiros especialistas (BEHENCK et al., 2017; OOSTERBAAN et al., 2013; RICHARDS et al., 2003; TYRER et al., 2015; WESNER et al., 2019).

Nesta pesquisa, apenas um estudo abordou a espiritualidade como intervenção – Koszycki et al. (2014) –, por meio da intervenção SBI que, em conjunto com a TCC, obtiveram melhoras significativas no TAG, corroborando estudo anterior, de Fontes (2017), que

demonstrou o quanto a psicoterapia religiosa pode aumentar o bem-estar espiritual, contribuindo para resultados positivos em saúde mental (KOSZYCKI et al., 2014). No entanto, sabe-se que esse estudo foi incipiente, pois desconhece os mecanismos de interação, sendo corroborado pelo estudo de Oliveira e Junges (2012), no qual os autores observaram que essa relação não encontra um lugar de relevância na formação do psicológico, porém deve ser reconhecida e valorizada pelos profissionais no tratamento dos problemas de saúde mental.

Dentre as intervenções mais realizadas nos estudos de Sinnema et al. (2015), Zimmermann et al. (2016), Norton e Barrera (2012), Seekles et al. (2011), Goldin et al. (2017), Treanor et al. (2010) e Maas et al. (2019), destacou-se a psicoeducação, com efetiva resolução para o TA, associada à aplicação da abordagem em atenção plena, com exercícios de respiração diafragmática, relaxamento muscular, técnica de gerenciamento para promover autogestão, técnica de resolução de problemas e atividades de fortalecimento e autoconfiança. O estudo de Nogueira et al. (2017) reforça que a psicoeducação é uma relevante técnica da TCC com significativa melhora dos domínios de autonomia, lazer e relacionamentos interpessoais.

Um aspecto importante a ressaltar é sobre o cenário de cuidado. Observou-se que os estudos que informaram o nível de complexidade de atenção, em sua maioria, foram realizados em centros de saúde mental – Norton, 2012; Seekles et al., 2011; Treanor et al., 2010; Maas et al., 2019; e Vogel et al., 2016. Contudo, foi possível constatar que a eficácia das intervenções realizadas não difere dos resultados das intervenções realizadas em locais não especializados em saúde mental, como, por exemplo, em um centro de APS (EJEBY et al., 2014), em que os participantes tiveram uma melhora significativa na qualidade de vida e no alívio dos sintomas psicológicos de transtornos mentais comuns ao receber a TCC, corroborando outro estudo que reforça que a APS tem potencial para agir na melhora da saúde mental, além de promover um benefício econômico em curto prazo de pacientes com ansiedade e depressão leve a moderada (RICHARDS et al., 2003).

As intervenções terapêuticas utilizadas para o tratamento dos TA que foram identificadas neste estudo demonstraram-se eficazes na diminuição de sintomas de ansiedade. Entre as intervenções, destacaram-se a Atenção Plena e a Psicoeducação.

Muitas dessas intervenções são amplamente descritas na literatura, o que possibilita a execução das intervenções por uma equipe multidisciplinar e a implantação nos serviços de atenção primária à saúde, atingindo um maior número de pessoas beneficiadas. Entre os profissionais da saúde, apontou-se que o enfermeiro pode promover o autogerenciamento dos pacientes, o que possibilita a autonomia e a diminuição de custos para o sistema de saúde.

5.3 MANUAL

O manual desta pesquisa, intitulado *Manual para Assistência de Enfermagem a Pacientes com Transtorno de Ansiedade em uma Unidade de Saúde do Sistema Prisional* (Apêndice D), foi desenvolvido a partir de dois relevantes estudos, conforme informações citadas anteriormente: uma revisão sistemática para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para indivíduos com transtorno de ansiedade e uma revisão integrativa para identificar as intervenções terapêuticas realizadas para transtornos de ansiedade, cujas questões norteadoras foram elaboradas a partir do acrônimo PIcO (P: paciente; I: intervenção; O: desfecho), conforme já demonstrado nos Quadros 1 e 3. Pretende-se disponibilizá-lo em formato e-book, pela Editora da UFCSPA, após a validação do *Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtorno de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional*.

O produto está apresentado a partir da página seguinte. Ressalta-se que a paginação é própria do manual, isto é, o número das páginas não seguirá ordenação das demais seções do trabalho.

**MANUAL PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL**

Organização

Roslaine Ifran Amaral

Ana Cristina Wesner Viana

Porto Alegre

2021

Roslaine Ifran Amaral

**MANUAL PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL**

Material Elaborado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, através do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, como produto do Mestrado Profissional em Enfermagem para Unidade Básica de Saúde do Sistema Prisional

Porto Alegre

2021

Catálogo na Publicação

Amaral, Roslaine Ifran

Tecnologias assistenciais para o cuidado de enfermagem a pacientes com transtorno de ansiedade em unidade de saúde prisional / Roslaine Ifran Amaral. -- 2021.

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

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Orientador(a): Ana Cristina Wesner Viana ;
coorientador(a): Adriana Aparecida Paz.

1. Transtornos de ansiedade. 2. Enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Terapêutica. 5. Protocolos. I. Título.

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

Dedico esta obra a minha mãe Elzira Wesner Viana (in memoriam), que sempre incluiu as pessoas privadas de liberdade em suas orações. (Ana Cristina Wesner).

Aos profissionais de saúde do sistema penitenciário, que são capazes de encontrar em si a vontade de redesenhar a assistência em saúde. (Roslaine Ifran Amaral).

“Um mimo é um dom. Uma dádiva. Um agrado. Uma graça. Um mimo não é nada. Mas pode ser muito. Não tem cálculo. Nem intento. Não é pensado. E, contudo: escolhido a dedo. Um mimo é generoso, gentil e delicado. Uma jóia rara. (Mas não cara). Pra alguém que faz anos. Ou sofreu desenganos. Mas também a pretexto de nada. Simplesmente porque você gostou. E lembrou de alguém que gostaria. Porque você botou o olho e pensou: é isso! Um mimo não é um objeto de desejo. Porque não é pra si. É pra outrem. E não é pra ostentar. É pra dar. Discretamente. Na cumplicidade de uma amizade. Ou na clandestinidade de um amor. Não é pra guardar como tesouro. Porque não é pra dentro, mas pra fora. E não é da ordem da usura, mas da generosidade. É gratuito. Não espera nada em troca. Mas sem que você o saiba, acaba depositado. No fundo perdido do dom universal. Até que um dia, do nada, quando menos esperava, você recebe um. E o circuito se completa, mas também recomeça. E a lei do mimo se cumpriu. Quem mima mimado será.”

(Do livro de Virgínia Wolf *O sol e o peixe*. As palavras de Tomaz Tadeu nos tocaram profundamente, pois representam a nossa proposta, quando desejamos que o profissional de saúde, ao realizar o acolhimento, possa, além de ser acolhedor, proporcionar e receber afetividade).

EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO

Organizadores

Roslaine Ifran Amaral – Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família e Especialista em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Coordenadora do Setor de Exames do Instituto Psiquiátrico Forense – Maurício Cardoso. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre/RS. Atuação em todas as etapas, do início até a elaboração do protocolo assistencial. Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST/UFCSPA).

Ana Cristina Wesner Viana – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psiquiatria pela Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre na linha de pesquisa: redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem. Possui cursos de formação/extensão universitária em: Educação Emocional Positiva, Psicologia Positiva, Psicologia da Felicidade e do Bem-estar, Terapia Cognitiva-Comportamental, Psicologia Social, Eventos Agudos em Saúde Mental, Distúrbios Emocionais e Comportamentais do Cliente, Treinamento de Habilidades Psicológicas e Treino de Habilidades em Terapia Comportamental Dialética. Membro do Programa de Transtorno de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTAN/HCPA) e do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST/UFCSPA).

Colaboradores

Luiza Carolina Mendes Flores – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Bolsista de iniciação científica.

Luiza Kowalczyk – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Bolsista de iniciação científica.

Juliana dos Santos Barbosa – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Atua na iniciação científica como voluntária.

Fernanda Cirne Lima Weston – Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Adriana Aparecida Vaz – Enfermeira. Doutora, Mestre e Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Atua nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem e Informática Biomédica e no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem. Vice-coordenadora do Projeto Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS/UFCSPA). Líder do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança o Trabalho (TeGEST/UFCSPA). Membro da Rede Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedenSO). Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS). Pesquisadora na área de Enfermagem, com ênfase em Educação em Enfermagem e para a Saúde; Tecnologias e inovação em saúde e enfermagem; Saúde digital; Gestão nos serviços de enfermagem e saúde; Vigilância em saúde; Atenção primária à saúde; Saúde e segurança no trabalho; e Fundamentos da Assistência de Enfermagem. Participou na elaboração da trajetória metodológica, revisão dos resultados e do protocolo assistencial.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estabelecimento da relação terapêutica	20
Figura 2 – Escala Hamilton de Ansiedade.....	30
Figura 3 – Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtornos de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional.....	31
Figura 4 – Medidas para aumentar a resiliência.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
EABp	Equipe de Atenção Básica prisional
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PEFMP	Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier
PNAISP	Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional
TA	Transtornos de Ansiedade
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UBSP	Unidade Básica de Saúde Prisional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A QUEM SE DESTINA ESTE MANUAL.....	14
3	PRINCÍPIOS GERAIS.....	14
4	PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	15
5	COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA A ASSISTÊNCIA.....	16
5.1	RELAÇÃO TERAPÊUTICA.....	16
6	PAPÉIS DO ENFERMEIRO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA.....	21
7	ABORDAGEM TERAPÊUTICA.....	23
7.1	INTERVENÇÃO INDIVIDUAL.....	23
7.2	INTERVENÇÕES EM GRUPO.....	23
7.2.1	Formação de grupo.....	23
7.2.1.1	Planejamento.....	24
7.2.1.2	Seleção.....	24
7.2.1.3	Fase inicial.....	24
7.2.1.4	Fase intermediária.....	25
7.2.1.5	Fase final.....	25
8	AVALIAÇÃO DO PACIENTE.....	25
8.1	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE.....	29
9	INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.....	30
9.1	ESTRUTURA DAS SESSÕES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	31
10	SESSÕES TERAPÊUTICAS.....	34
10.1	SESSÃO 1.....	34
10.1.1	Psicoeducação.....	34
10.1.2	Transtornos de Ansiedade.....	35
10.1.3	Conhecendo os sintomas de ansiedade.....	37
10.1.4	Determinando a ansiedade como um transtorno clínico.....	38
10.2	SESSÃO 2.....	40
10.2.1	Respiração diafragmática.....	40
10.2.1.1	Exercício de respiração diafragmática.....	41
10.3	SESSÃO 3.....	41
10.3.1	Relaxamento passivo.....	42

10.3.2	Relaxamento muscular progressivo.....	42
10.3.2.1	Introdução ao Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.....	43
10.4	SESSÃO 4.....	46
10.4.1	Técnicas para promover o autoconhecimento.....	46
10.4.1.1	Distinguindo pensamentos de sentimentos.....	47
10.5	SESSÃO 5.....	48
10.5.1	Pensamentos automáticos.....	48
10.5.2	Explicando o que são pensamentos automáticos.....	49
10.5.3	Ajudando a identificar pensamentos automáticos.....	49
10.6	SESSÃO 6.....	51
10.6.1	Testando a validade dos pensamentos.....	51
10.7	SESSÃO 7.....	52
10.7.1	Avaliando o comportamento.....	53
10.8	SESSÃO 8.....	54
10.8.1	Técnica para promover a autoestima.....	54
10.8.2	Plano de desenvolvimento da autoestima.....	55
10.9	SESSÃO 9.....	56
10.9.1	Regulação emocional.....	56
10.9.2	Técnicas para promover a regulação emocional.....	56
10.9.2.1	Atenção plena ou <i>Mindfulness</i> – relaxamento ou meditação.....	56
10.9.2.2	Exercício de Mindfulness da Respiração.....	58
10.9.2.3	Técnica 5-4-3-2-1 ou Técnica de Grounding.....	59
10.9.2.4	Lembretes mentais.....	60
10.10	SESSÃO 10.....	60
10.10.1	Técnica para promover o bem-estar.....	61
10.10.2	Exemplos de coisas que fazem bem.....	61
10.11	SESSÃO 11.....	62
10.11.1	Combatendo a vulnerabilidade à desregulação emocional.....	62
10.12	SESSÃO 12.....	62
10.12.1	Estratégias de enfrentamento.....	63
10.12.2	Técnica para promoção da estratégia de enfrentamento adaptativa....	64
10.13	SESSÕES 13 E 14.....	64
10.14	SESSÃO 15.....	67

10.14.1	Resiliência.....	67
10.15	SESSÃO 16.....	69
	REFERÊNCIAS.....	69

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2003, por meio da Portaria Interministerial n. 1777, o Ministro de Estado da Saúde e o Ministro de Estado da Justiça determinaram a aprovação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o qual é destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Surgiram então as Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP), formadas pelas Equipes de Atenção Básica prisional (EABp), com o propósito contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira, promovendo a proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza e tétano, a atenção integral, a implementação de medidas para hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, IST/AIDS, a prevenção de tuberculose e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas, garantindo o acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, por meio das referências pactuadas com as redes estadual e municipal de saúde.¹

Considerando que as pessoas privadas de liberdade, em decorrência da reclusão em estabelecimentos prisionais, apresentam-se mais vulneráveis socialmente, com acesso restrito a bens e serviços e poucas oportunidades, favorecendo o comprometimento da saúde física e mental,² faz-se necessário que o profissional enfermeiro de uma ESBp esteja qualificado para uma abordagem terapêutica aos indivíduos que apresentem transtornos mentais, para que estes, além de terem seus direitos atendidos, possam ter o sofrimento mental minimizado durante o encarceramento.

Entre os transtornos mentais mais prevalentes, encontram-se os Transtornos de Ansiedade (TA).³⁻⁵ No Brasil, estão presentes em 9,3% da população em geral, possuindo o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo,³ corroborando o resultado do estudo de Thiengo et al.,⁶ o qual demonstra que os transtornos de ansiedade estão associados às condições socioeconômicas, sendo mais frequentes em adultos e com maior prevalência em mulheres com menos anos de estudo, baixo nível socioeconômico e histórico de doenças crônicas e de uso de substâncias lícitas.

Os TA são caracterizados por medo e ansiedade excessivos, acompanhados por sintomas físicos, cognitivos e modificações comportamentais que podem ocasionar mudança no estilo de vida e prejuízos funcionais.⁶⁻⁹ A etiologia é considerada multifatorial, pois engloba disfunções neurobiológicas, aspectos psicossociais, fatores ambientais, distorções cognitivas, circunstâncias estressoras, neuroticismo e déficits de processamento emocional.^{8,9}

No sistema prisional, as pessoas privadas de liberdade podem apresentar reações de risco para sua saúde mental em decorrência da privação da liberdade, da ausência da individualidade e autonomia e do encarceramento em ambiente hostil.¹⁰ Pode-se incluir a ausência do vínculo familiar e a espera pela definição da pena a ser cumprida como fatores desencadeantes de ansiedade dessa população.

Considerando, ainda, as dificuldades de utilizar os serviços de saúde especializados extramuros, que contribuem para a descontinuidade do tratamento, especialmente pelos serviços de saúde mental,¹¹ deve-se atentar para a disponibilização de uma atenção à saúde, conforme preconizam os Ministérios da Saúde e da Justiça, que por meio da Portaria n. 1, de 2 de janeiro de 2014, instituíram a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com vistas sobre a garantia e o acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional,¹² que define a unidade de saúde prisional responsável pelas ações de atenção à saúde, no âmbito do SUS,¹³ ofertadas pelas Equipes de Atenção Básica prisional (EABp). Dessa forma, faz-se necessário, diante do contexto prisional e da legislação, que os profissionais de saúde da EABp sejam qualificados para identificar e tratar os problemas relacionados à saúde mental, elaborando intervenções que auxiliem no tratamento dos estressores psicossociais e ambientais.

Este manual reúne recomendações baseadas em evidências e é direcionado à equipe de saúde prisional que presta assistência à pessoa privada de liberdade com TA. Serve como um guia para a enfermagem, auxiliando na tomada de decisões e qualificando a assistência prestada por meio de recursos para a prática profissional. Independentemente do local de atuação do enfermeiro, os recursos terapêuticos são instrumentos necessários para uma assistência especializada em saúde mental.

Para produzir este manual, as autoras realizaram duas revisões: 1) Revisão sistemática com metanálise para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros no tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade. Os resultados obtidos demonstraram que as intervenções realizadas por enfermeiros apresentaram eficácia em curto e longo prazos na redução do nível de ansiedade e/ou remissão dos sintomas e na melhora clínica de sintomas relacionados às comorbidades; 2) Revisão integrativa para identificar as intervenções terapêuticas realizadas para transtornos de ansiedade. As intervenções terapêuticas encontradas foram: Psicoeducação; Atenção Plena; Terapia Comportamental Baseada em Evidências; Relaxamento Aplicado; Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) transdiagnóstica; Terapia Comportamental Dialética; Técnicas de Atividade Positiva; TCC individual e em grupo; Técnica de Transcendência Intervenção Multifacetada de Base

Espiritual; Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais; Protocolo de Intervenção de Atividade Positiva; e Arteterapia. A Atenção Plena e a Psicoeducação foram as intervenções mais citadas entre os estudos. O estudo demonstrou que as intervenções terapêuticas realizadas por profissionais de saúde, com ou sem especialização em saúde mental, trazem benefícios significativos para a diminuição dos sintomas nos transtornos de ansiedade.

Ambas as revisões possibilitaram identificar as melhores práticas de cuidado ao paciente com transtorno de ansiedade para a construção deste manual.

Para uma assistência adequada, a implantação dos protocolos é de suma importância. Contudo, este manual propõe um protocolo estruturado para assistência de pacientes com TA dentro do sistema prisional, visando facilitar a operacionalização do processo de enfermagem em saúde mental e a assistência psicossocial da pessoa privada de liberdade com TA, buscando proporcionar a diminuição de sintomas, de prejuízos e de agravos à saúde, bem como evitar a elevação de custos em razão da necessidade de consultas especializadas e do uso de medicamentos.

2 A QUEM SE DESTINA ESTE MANUAL

Este manual se destina a enfermeiros do sistema prisional.

3 PRINCÍPIOS GERAIS

A seguir estão descritos os princípios gerais de atendimento a pessoas privadas de liberdade com transtornos de ansiedade.

- Respeitar os direitos dos participantes.
- Preservar a segurança do enfermeiro e dos participantes.
- Respeitar o direito ao sigilo e à privacidade.
- Estabelecer um acordo terapêutico, organização de agenda, regras, cuidados necessários para não colocar nenhum participante em risco e protegê-lo de danos adicionais.
- Lembrar de que cada participante é uma pessoa única, por isso deve-se preservar sua individualidade respeitando suas decisões e preferências.
- Transmitir confiança, não fornecer informações falsas ou desconhecidas.

- Não emitir juízo de valor e discriminação e preconceito.
- Assegurar o apoio social, físico e emocional.

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

O paciente com problemas de saúde mental, muitas vezes, apresenta dificuldades para enfrentar as adversidades e interpretar os obstáculos em situações desagradáveis.¹⁴ Nesse sentido, o profissional da saúde deve ser seu aliado para esse enfrentamento, auxiliando e orientando para seu restabelecimento.

Considerando o público-alvo para o tratamento da ansiedade, pessoas privadas de liberdade dentro de um estabelecimento prisional, ofertar uma intervenção breve, de formato claro e simples, que possa ser utilizada por qualquer profissional da área da saúde, implicará sessões estruturadas que produzirão um impacto motivador para o paciente na melhora de sua condição, e também promoverá o incentivo ao tratamento e melhorará seu nível de informação.¹⁵ As intervenções precisam ser planejadas e estruturadas, conforme a logística e a rotina do estabelecimento prisional e da EABp.

O acolhimento do paciente e a relação deste com o profissional da saúde não deve ser negligenciado, para tanto, deve-se ter uma sistematização das condutas do profissional, conforme orientado por Rangé,¹⁶ (com adaptações para este manual), referentes ao ambiente e à postura do profissional:

- a) **ambiente:** deve ser tranquilo, com ruídos típicos de um consultório ou de um quarto de dormir e temperatura agradável em torno dos 24 graus;
- b) **iluminação:** suave e indireta;
- c) **posição do paciente:** posicionado em uma cadeira confortável;
- d) **vestimenta:** roupas e sapatos confortáveis;
- e) **voz do profissional:** tom e intensidade mais baixos e pausados que o usual, adequados ao procedimento de contração e descontração muscular;
- f) **apresentação da técnica pelo profissional:** explicações fisiológicas, justificar o uso e o benefício esperado para o paciente e esclarecer possíveis dúvidas. Iniciar o processo explicando a importância do método.

5 COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA A ASSISTÊNCIA

5.1 RELAÇÃO TERAPÊUTICA

As intervenções terapêuticas fazem parte das diferentes modalidades da psicoterapia e têm como objetivo obter mudanças no ambiente social ou familiar onde o paciente vive.¹⁷ Para que esses agentes de mudanças possam ter efetividade, faz-se necessária uma relação terapêutica que apresente vínculo e aliança de trabalho.

Estabelecer uma relação terapêutica com o paciente é de suma importância para o sucesso das intervenções. O vínculo entre o profissional e o paciente deve estar pautado em confiança, interesse genuíno, empatia, aceitação e consideração positiva.¹⁸

Confiança: para estabelecer uma relação de confiança com o paciente, é necessário que o profissional esteja apropriado dos seguintes comportamentos:

- carinho e cuidado;
- sinceridade;
- objetividade;
- respeito;
- interesse;
- compreensão;
- consistência;
- tratamento do cliente como um ser humano;
- sugestão sem falar;
- facilidade de abordagem;
- escuta ativa;
- manutenção de promessas;
- honestidade.

Interesse genuíno: é o investimento do tempo no contato com o paciente, com a demonstração do interesse verdadeiro pelas suas necessidades, com a manutenção de um comportamento honesto, natural e congruente. Para que o paciente perceba esse interesse, muitas vezes, o profissional necessita dar exemplos pessoais que sejam relacionados às questões que preocupam o paciente. Porém, é fundamental que os exemplos sejam bastante seletivos, como problemas cotidianos comuns, sem envolvimento de assuntos repletos de valores.



Empatia: é a habilidade de se colocar no lugar do outro e compreender seu estado emocional. Considerada umas das habilidades essenciais, por perceber os sentidos e significados do paciente, contribui para que ele se sinta melhor em relação a si mesmo, acarretando uma influência positiva no resultado terapêutico. No entanto, o profissional deve estar atento para não confundir simpatia (sentimentos de preocupação ou compaixão em relação ao outro) com empatia, atrapalhando o processo dessa relação, em decorrência de um deslocamento dos sentimentos do profissional, inibindo a percepção objetiva das necessidades do paciente.



Aceitação: evitar julgar o comportamento de uma pessoa é aceitação. Porém, é preciso estabelecer limites de comportamentos na relação com o paciente, demonstrando, sem agressividade, sendo claro e firme, sem raiva e julgamentos, quando não é aceito um comportamento inadequado, transmitindo uma mensagem de que determinado comportamento não é aceitável. Com essa conduta, o paciente se sentirá ileso e não afetará o vínculo com o profissional.



Consideração positiva: ao apresentar uma atitude de respeito e não julgamento, seja qual for o comportamento, antecedentes ou estilo de vida do paciente, mostramos uma consideração positiva. Podemos demonstrar essa condição quando chamamos o paciente pelo nome, temos uma escuta e consideramos suas ideias e preferências ao planejar seu próprio cuidado, pois tudo isso demonstrará ao paciente que o profissional acredita na capacidade de contribuição positiva e significativa dele na elaboração de seu plano de cuidado. Para tal, o profissional deve fazer uso de técnicas verbais e não verbais, as quais cientificarão o paciente de que ele está recebendo atenção. Como técnica não verbal, demonstramos a comunicação por meio do corpo, como inclinando-se na direção do paciente, mantendo contato com o olhar, expressando uma posição de relaxamento e até descansando os braços na lateral da cadeira, como forma de neutralidade. Já na técnica verbal, o profissional deve evitar julgamentos de valor sobre o comportamento do paciente, evitando opiniões negativas.





Em um estabelecimento prisional, por meio do vínculo com o profissional da saúde, a relação terapêutica torna-se relevante para que se possa obter efetividade no tratamento do paciente com transtorno de ansiedade. Importante ressaltar que o profissional, ao iniciar uma relação terapêutica, deve estar atento às suas próprias forças pessoais, habilidades, competências e limitações, em certos momentos, e ciente de que o foco principal são as necessidades do paciente.¹⁸ No estabelecimento da relação terapêutica, existem três fases bem definidas: orientação, trabalho e término,¹⁹ as quais serão demonstradas na Figura 1.

	Orientação	Trabalho		Término
		Identificação	Investigação	
Cliente	● Busca auxílio ● Informa as necessidades ● Faz perguntas ● Partilha as concepções e as expectativas do enfermeiro com base em experiências passadas	● Participa da identificação dos problemas ● Começa a perceber o tempo ● Reage à ajuda ● Identifica-se com o enfermeiro ● Reconhece o enfermeiro como uma pessoa ● Investiga os sentimentos ● Oscila entre dependência, independência e interdependência na relação com o enfermeiro ● Aumenta a atenção focalizada ● Muda a aparência (para melhor ou pior) ● Compreende a continuidade	● Usa plenamente os serviços ● Identifica novas metas ● Tenta atingir novas metas ● Muda o comportamento com rapidez: dependente e independente ● Comportamento investigativo ● Autodirecionamento ● Desenvolvimento de habilidades em relações interpessoais e solução de problemas ● Evidencia mudanças na forma de se comunicar (mais aberto e flexível)	● Abandona as antigas necessidades ● Busca novas metas ● Torna-se independente da ajuda dos outros ● Aplica novas habilidades para resolver problemas ● Mantém as mudanças na forma de se comunicar e interagir ● Evidencia mudanças positivas quanto ao modo como se vê ● Integra a doença ● Mostra capacidade de continuar sozinho

		entre as sessões (processo e conteúdo) ● Diminui o teste por meio de manobras		
Enfermeiro	● Responde ao cliente ● Dá os parâmetros das sessões ● Explica os papéis ● Reúne dados ● Ajuda o cliente a identificar problemas ● Ajuda o cliente a planejar o uso dos recursos e serviços da comunidade ● Reduz a ansiedade e a tensão ● Pratica o ouvir ativamente ● Concentra-se nas energias do cliente ● Esclarece ideias preconcebidas e suas expectativas	● Mantém uma identidade separada ● Mostra capacidade de editar o discurso ou controlar a atenção focalizada ● Mostra aceitação incondicional ● Ajuda a expressar necessidades e sentimentos ● Investiga e adapta-se às necessidades ● Dá informações ● Proporciona experiências que reduzem sentimentos de desamparo ● Não permite que a ansiedade sobrecarregue o cliente ● Ajuda o cliente a concentrar-se nos indícios ● Ajuda o cliente a desenvolver respostas aos indícios ● Usa estímulo por meio de palavras	● Continua a levantar dados ● Atende às necessidades assim que surgem ● Compreende as razões das mudanças de comportamento ● Começa os planos de reabilitação ● Reduz a ansiedade ● Identifica fatores positivos ● Ajuda a planejar atendimento a todas as necessidades ● Facilita movimentos para melhorar a personalidade ● Lida com impasses terapêuticos	● Mantém a relação enquanto o cliente a sente como necessária ● Promove interações familiares para auxiliar a planejar metas ● Ensina medidas preventivas ● Usa as instituições da comunidade ● Ensina autocuidado ● Finaliza a relação enfermeiro-cliente

Figura 1 – Estabelecimento da relação terapêutica

Fonte: Adaptada de Forchuck e Brown.²⁰

No momento em que o enfermeiro e o paciente se encontram, para dar início à identificação dos problemas a serem examinados, ou seja, na anamnese, inicia-se a fase da orientação. A fase do trabalho é aquela em que a relação já está mantida, quando o profissional se apropria de mais dados, desenvolve mecanismos positivos para lidar com as situações, promove o autoconceito positivo, encoraja a verbalização de sentimentos, auxiliando na mudança de comportamento, trabalha a resistência, avalia o progresso e redefine os objetivos de modo apropriado, ofertando ao paciente oportunidades de praticar novos comportamentos e promover a sua independência. Já a fase do término começa quando os problemas estão resolvidos e termina quando a relação é concluída.¹⁸

Importante estar ciente de que, ao iniciarmos o cuidado com o paciente, almejando uma boa relação terapêutica, podemos nos deparar com fatores que degradam a relação, entre eles a falta de clareza dos limites ou a perda deles, a intimidade e a atitude de substituir os pais.¹⁸

Esses elementos devem estar muito bem-esclarecidos, para que não ocorra falhas na continuidade da abordagem terapêutica.

Outro aspecto importante a ressaltar, no estabelecimento da relação terapêutica, é o sigilo. Mesmo que o paciente esteja em condições de encarceramento, ele tem o direito de estar protegido pela confidencialidade de suas questões emocionais. A privacidade do paciente deve ser mantida pelo profissional, sem divulgação das informações, e terceiros somente poderão ter acesso sob condições previamente definidas pela equipe.¹⁸

6 PAPÉIS DO ENFERMEIRO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

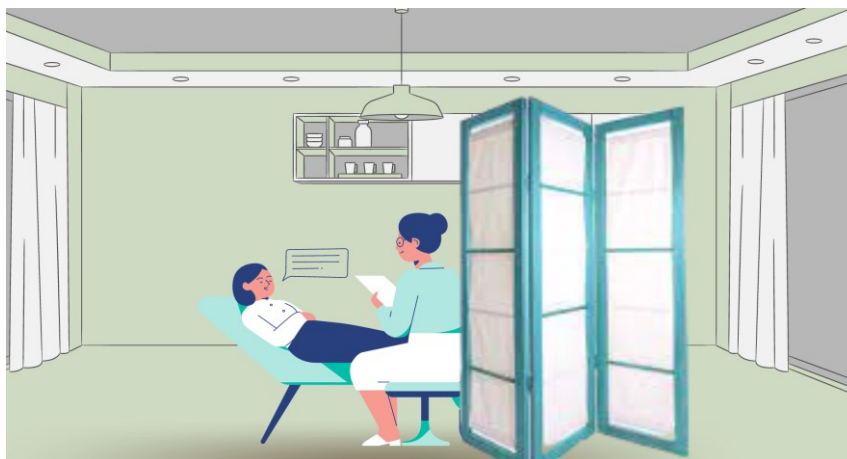
No cenário do encarceramento, no qual as pessoas privadas de liberdade se sentem, muitas vezes, sozinhas, o acolhimento do profissional de saúde pode acarretar sentimentos que devem ser observados. No que tange à saúde mental, é preciso destacar os papéis ofertados pelo enfermeiro na assistência a esses indivíduos, atentando ao papel apropriado a ser desenvolvido no acolhimento e nas intervenções:¹⁸

Educador: é durante o trabalho da relação, no ensinamento dos novos métodos para lidar com problemas e para resolvê-los, na orientação a respeito das intervenções e até mesmo na instrução sobre medicações, que o enfermeiro atua como educador. Nesse papel, o profissional deve estar apropriado de conhecimento e estar ciente das suas limitações. As informações a serem fornecidas ao paciente devem ser honestas, assim esse comportamento despertará confiança.

Cuidador: a implementação da relação terapêutica para a construção da confiança, a investigação dos sentimentos e a ajuda ao cliente na solução de problemas e no atendimento às suas necessidades psicossociais é o principal papel do cuidador na área da saúde mental. Observa-se que muitos cuidados, como o contato físico, durante os atendimentos, podem confundir alguns pacientes, interferindo na relação terapêutica. Para que isso não ocorra, faz-se necessário que o enfermeiro considere os limites e os parâmetros da relação estabelecida e repita os objetivos estabelecidos em conjunto no início dessa relação.

Defensor: Em razão da natureza da doença em saúde mental, o enfermeiro deve ter uma postura diferenciada daquela que tem em um atendimento clínico na tomada de decisão de defesa, considerando que a defesa é um processo de atuar a favor do paciente, quando este não tem condições de fazê-lo, que inclui a defesa da privacidade e da dignidade, protegendo-o de abusos e exploração por parte de profissionais da saúde ou figuras de autoridade. Como, por

exemplo, ir a favor do paciente quando se trata de sua privacidade física ou de questões emocionais.



Substituto dos pais: o paciente, em algumas circunstâncias, pode ver o enfermeiro como um substituto dos pais. Nessas situações, o profissional deve ser claro e firme e definir limites, reiterando o que foi previamente combinado. A relação social e íntima deve ser evitada, porém deve ser baseada em uma atitude aberta, natural e sem julgamentos, o que acarretará na motivação do paciente quanto à relação terapêutica.

Considerando que as intervenções serão realizadas em um estabelecimento prisional, deve-se destacar a relevância das questões de autopercepção do profissional. Para estabelecer uma relação terapêutica, é fundamental que o profissional realize esse autoconhecimento, levando em conta que muitas vezes o delito de um paciente a ser assistido pode vir a ferir a sua cultura ou religião. É nesse momento que o enfermeiro deve estar consciente de suas dificuldades e estar aberto para reavaliar e indicar outro profissional para assumir suas atividades. Ao fazer uma autopercepção, o profissional examinará seus pontos fortes e suas limitações, compreendendo a si mesmo.¹⁸ Essa autodescoberta não deve ser encarada como um fracasso, mas como benefício no cuidado aos pacientes, porque ao cuidar de si mesmo, o profissional trabalhará com maior satisfação, repercutindo na qualidade da assistência prestada.

7 ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica pode ser oferecida de várias formas – individualmente, em grupo, ou até mesmo por meio de livros de autoajuda. Nesta seção serão apresentadas as formas que melhor se adequam ao sistema prisional.

7.1 INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

A intervenção individual será realizada após a EABp avaliar se a ansiedade apresentada pelo paciente é de origem leve ou até mesmo a preferência deste por essa modalidade de atendimento.

7.2 INTERVENÇÕES EM GRUPO

A prática das intervenções em grupo pode ser de relevante benefício tanto para as pessoas privadas de liberdade quanto para os profissionais de saúde que integram as EABp, considerando as questões de interação entre o profissional de saúde e o paciente e a relação com os baixos custos na realização das intervenções. Por meio do desenvolvimento técnico, teórico e de construção de novas modalidades para o tratamento de pacientes com transtornos mentais específicos e diversas condições na área da saúde, as psicoterapias em grupo têm como objetivo se ajustar às modificações da prática clínica. Essa formação em grupo ainda pode trazer o reconhecimento dos fatores terapêuticos mais úteis nas primeiras sessões da terapia, fortalecendo o vínculo dos pacientes e reduzindo o abandono precoce do tratamento.¹⁷

7.2.1 Formação de grupo

A formação de um grupo depende dos objetivos e visa melhorar alguma situação psicopatológica dos pacientes, tanto da saúde física quanto da psicossocial. Para se conquistarem benefícios por meio da terapia em grupo, faz-se necessário planejamento em relação à estrutura do grupo e das sessões.²¹ Ou seja, para nortear a atividade proposta, são necessárias combinações e regras.

Apresenta-se, a seguir, a estrutura do grupo e a seleção dos participantes.²¹

7.2.1.1 Planejamento

- Para quem o grupo se destina?
- Como ele funcionará?
 - tipo homogêneo ou heterogêneo?
 - aberto ou fechado?
 - com ou sem coterapia?
- Qual será o enquadramento?
 - número de participantes;
 - número de reuniões;
 - tempo de duração.

7.2.1.2 Seleção

- Motivação: reconhecimento da necessidade de tratamento e disposição para mudanças.
- Composição homogênea: os pacientes têm alguma característica em comum: obesidade, transtorno bipolar, alcoolismo, etc.?
- Composição heterogênea: pacientes com diagnósticos diferentes.

O número de participantes do grupo de intervenções pode ser acordado entre a EABp e o setor de segurança do estabelecimento prisional. Seguindo as orientações de sessões de TCC, o número de participantes pode ser desde um pequeno grupo com três componentes até um grupo numeroso com dezenas de pessoas.¹⁷ As sessões devem ser estruturadas e recomenda-se as seguintes fases:²²

7.2.1.3 Fase inicial

- Avaliação do humor ou dos sintomas.
- Ligação com a sessão anterior: revisão das tarefas de casa.
- Agenda da sessão (objetivos e procedimentos da sessão).

7.2.1.4 Fase intermediária

- Desenvolvimento dos temas da agenda (explicação psicoeducativa, treinamento em técnicas cognitivas e/ou comportamentais, exercícios práticos).

7.2.1.5 Fase final

- Combinação de novas tarefas individualizadas para o intervalo das sessões.
- Síntese dos principais tópicos examinados.
- Avaliação da sessão pelos membros do grupo.

A indicação para realização de intervenções em grupo pode ser considerada a melhor escolha dentro do estabelecimento prisional, contando com o suporte de apoio do setor de segurança e demais integrantes da EABp. Porém, é de extrema relevância considerar a indicação do profissional pelo tratamento em grupo e, principalmente, a preferência do paciente.²²

Atualmente, observa-se que o sofrimento em saúde mental, em estabelecimentos prisionais, tem evidenciado uma crescente demanda. Realizar intervenções em grupo possibilitará que o atendimento possa ser ampliado, favorecendo assim uma relação de custo-benefício.¹⁵ Além disso, o modelo grupal, na área de saúde mental, pode representar o fortalecimento entre a equipe de saúde e o vínculo com o paciente.

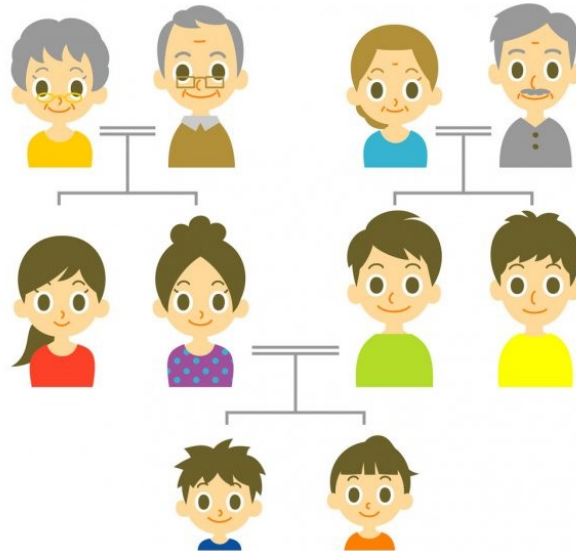
8 AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Realizar uma minuciosa avaliação é de suma importância para o início das intervenções terapêuticas. É nesse momento que, ao conhecer a história de vida do paciente, o profissional iniciará o vínculo com ele e, assim, identificará as relações de causalidade dos sintomas e/ou sofrimentos, possibilitando a amplificação de uma intervenção terapêutica.¹⁶ A seguir, apresenta-se um modelo de instrumento estruturado e eficiente, o qual foi adaptado para este protocolo com o intuito de realizar uma sistemática e meticulosa anamnese.

Dados de identificação do paciente

- a) nome do paciente;

- b) idade;
- c) escolaridade;
- d) profissão e ocupação;
- e) estado civil e com quem reside;
- f) religião;
- g) genograma (representação gráfica de família);



- h) outros profissionais que atendem o paciente (motivo);
- i) tratamentos psicoterápicos anteriores;

Uso de Medicções

- a) uso de substâncias psicoativas atuais;
- b) medicações psiquiátricas atuais (com dose);
- c) medicações não psiquiátricas atuais;
- d) toda as três classes acima, anteriormente utilizadas;

Motivo da busca do atendimento

Forma de encaminhamento

Informações históricas relevantes

História familiar

- a) pais e sua relação com eles;
- b) relacionamento com irmãos;
- c) fatos marcantes da infância e da adolescência;
- d) possíveis traumas.

História escolar

- a) percepção geral;
- b) amizades;
- c) desempenho acadêmico;
- d) situações traumáticas.

História social

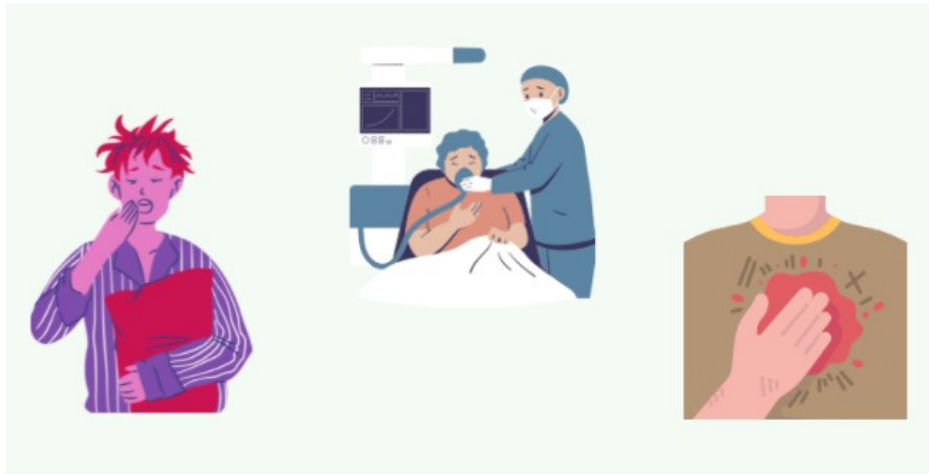
- a) amizades;
- b) nível de atividades sociais
- c) interesses pessoais.

História sexual

- a) interesses e preferências;
- b) início de atividade sexual (masturbação e relacionamentos);
- c) crenças vinculadas;
- d) possíveis traumas.

Lista de problemas

De forma objetiva, neste momento é relevante listar todas as dificuldades do paciente, em termos concretos e comportamentais, como insônia, dispneia, dor precordial, etc.^{23,24}



Plano de tratamento

Neste momento o profissional definirá a modalidade de atendimento – individual ou em grupo –, o tipo de intervenção a ser realizada e os cuidados a serem tomados no manejo do paciente.

Modalidade do tratamento

- a) respiração diafragmática;
- b) relaxamento passivo;
- c) relaxamento muscular compressivo;
- d) atenção plena ou *mindfulness*.

Frequência do tratamento

- a) Sessões semanais ou quinzenais

Duração do tratamento

- a) Quantidade de sessões

Avaliação do nível de ansiedade

- Utilização da Escala de Hamilton para Ansiedade.

Psicoeducação

Neste momento, deve-se informar ao paciente sobre o tratamento e o tipo de intervenção a ser utilizada, apresentar a estrutura das sessões explicar e informar ao paciente sobre seu transtorno, fornecendo esperança e indicando os pontos positivos para a sua recuperação. Conhecer a história de vida do paciente trará conhecimento ao profissional para que possa identificar as relações de causalidade dos sintomas e/ou sofrimentos dele. Esse saber, tanto do terapeuta quanto do paciente, possibilitará a amplificação de uma intervenção terapêutica.¹⁶

8.1 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

Nem todas as pessoas apresentam a ansiedade da mesma maneira, e para avaliar o grau de ansiedade da pessoa privada de liberdade, optou-se pela Escala de Ansiedade de Hamilton,²⁵ um instrumento de avaliação clínica altamente eficaz para avaliação inicial dos pacientes com TA. É composta por 14 perguntas, com um escore para cada uma delas que varia de 0 a 4 e um escore total que varia de 0 a 56. Quanto maior o escore, maior o grau de ansiedade do paciente. Trata-se de uma avaliação rápida, de fácil aplicação e interpretação. Permite, ainda, a quantificação da intensidade da experiência ansiosa, bem como a avaliação das respostas aos tratamentos propostos.^{26,27} Os instrumentos que avaliam a ansiedade devem garantir confiança aos profissionais para que realizem os processos de triagem e diagnóstico com segurança, e assim se chegue ao objetivo de tratar o transtorno.²⁸

ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE

Com escore padronizado

ESCORE PADRONIZADO MÁXIMO = Qualquer sintoma máximo OU ≥ 50% dos sintomas fortes FORTE = Qualquer sintoma forte OU ≥ 50% dos sintomas médios MÉDIO = Qualquer sintoma médio OU ≥ 50% dos sintomas leves LEVE = Qualquer sintoma leve	Ausente	Leve	Médio	Forte	Máximo
	0	1	2	3	4
HUMOR ANSIOSO – () inquietude, () temor do pior, () apreensão quanto ao futuro ou presente, () irritabilidade					
TENSÃO – () sensação de tensão, () fadigabilidade, () tremores, () choro fácil, () incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto					
MEDO – () de escuro, () de desconhecidos, () de multidão, () de ser abandonado, () de animais grandes, () de trânsito sozinha					
INSÔNIA – () dificuldade de adormecer, () sonhos penosos, () sono interrompido, () sono insatisfatório, () fadiga ao acordar, () pesadelos, () terrores noturnos					
DIFICULDADES INTELECTUAIS – () dificuldade de concentração, () distúrbios de memória					
HUMOR DEPRESSIVO – () perda de interesse, () humor variável, () indiferença às atividades de rotina, () despertar precoce, () depressão					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) – () dores e lassidão muscular, () rigidez muscular, () mioclonias, () ranger de dentes, () voz insegura					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) – () visão turva, () ondas de calor ou frio, () sensação de fraqueza, () sensação de picada, () zumbidos					
SINTOMAS CARDIOVASCULARES – () taquicardia, () palpitações, () dores pré-cordiais, () batidas, () pulsações arteriais, () sensação de desmaio					
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS – () sensação de opressão, () dispnéia, () constrição torácica, () suspiro, () bolo faríngeo					
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS – () dificuldade de engolir, () aerofagia, () dispepsia, () dor pré ou pós-prandial, () queimações, () empanzinamento, () náuseas, () vômitos, () cólicas diarreias, () constipação, () perda de peso					
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS – () micções frequentes, () urgência de micção, () frigidez, () amenorréia, () ejaculação precoce, () ausência de ereção, () impotência					
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO – () secura na boca, () ruborização, () palidez, () tendência à sudorese, () vertigens, () cefaléia de tensão					
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA – Geral: () tenso, () pouco à vontade, () agitação das mãos, () dos dedos, () tiques, () inquietação, () respiração suspiriosa. Fisiológico: () eructações, () taquicardia em repouso, () ritmo respiratório > 20 mpm					
TOTAL					

Figura 2 – Escala Hamilton de Ansiedade

Fonte: Hamilton.²⁵

9 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Após dois estudos relevantes sobre o tema, foi construído este manual e um protocolo, os quais orientarão os enfermeiros a realizarem intervenções terapêuticas para TAs às pessoas privadas de liberdade. Para tal, apresentam-se as técnicas de maior destaque nos estudos e que se adequam, em sua aplicabilidade, ao sistema prisional. Intervenções terapêuticas têm como objetivo diminuir o sofrimento emocional, utilizando métodos de tratamento conforme cada técnica.

9.1 ESTRUTURA DAS SESSÕES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para fins didáticos, as intervenções terapêuticas foram separadas por sessões, conforme o protocolo a seguir (Figura 3). As sessões podem ser aplicadas individualmente ou em grupo. Os pacientes são avaliados individualmente antes de iniciarem a terapia (individual ou em grupo) para confirmar o diagnóstico de TA, presença de comorbidades e uso de medicações e para caracterizar os sintomas de ansiedade (frequência, duração e intensidade). Nessa ocasião também é importante avaliar a motivação do paciente para realizar o tratamento.

Sessão	Objetivos e Procedimentos
1	Integração, coesão grupal, objetivos do tratamento e psicoeducação • Apresentação dos participantes do grupo (nome, idade e atividades que executam), breve relato dos sintomas, tempo de doença, tratamentos prévios e se fazem uso de medicações. • Dinâmica do grupo (como vai funcionar). • Estabelecimento do contrato terapêutico (responsabilidades, sigilo, direitos e deveres). • Explicação sobre as intervenções terapêuticas e a importância da participação ativa dos pacientes nas sessões e tarefas para alcançar sucesso terapêutico. • Abordagem educativa sobre transtorno de ansiedade: conceito, tipos, sintomas e tratamentos. Tarefa para realizar ao longo da semana • Leitura do manual, fornecido pelo profissional, para discussão das dúvidas na próxima sessão.
2	Psicoeducação, técnicas de enfrentamento da ansiedade, automonitoramento • Revisão da tarefa: discussão das dúvidas sobre a leitura do manual. • Explicação sucinta sobre a influência da respiração inadequada ao surgirem os sintomas de ansiedade. • Demonstração da técnica da respiração diafragmática (todos praticam durante a sessão, inclusive o profissional de saúde). • Orientação sobre a possibilidade do aparecimento de sintomas como tontura, sonolência, falta de ar ou ansiedade (que desaparecem com repetição dos exercícios). Tarefa para realizar ao longo da semana • Praticar a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu.
3	Técnicas de enfrentamento da ansiedade, automonitoramento • Revisão da tarefa: verificar com os pacientes como foi a prática da respiração diafragmática, se apresentaram sintomas de ansiedade ao realizá-la. • Praticar a respiração diafragmática, sob supervisão terapêutica. • Explicação sobre a importância das técnicas de respiração e relaxamento no início das crises de ansiedade. • Explicação sobre a tensão muscular que pode ocorrer em cada crise. • Explicação sobre a técnica de relaxamento progressivo. • Praticar, em grupo, o relaxamento muscular e, após, a respiração diafragmática. Tarefa para realizar ao longo da semana • Praticar o relaxamento muscular e a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu.
4	Técnicas para promover o autoconhecimento (distinguindo pensamentos de sentimentos) • Revisar tarefa: verificar com os pacientes como foi a prática do relaxamento muscular, se aliviou os sintomas de ansiedade.

	- Explicar a diferença entre os pensamentos e os sentimentos. Usar exemplos de uma mesma situação sobre a qual o indivíduo pode ter pensamentos diferentes e, conseqüentemente, emoções distintas. Tarefa para realizar ao longo da semana - Registro dos pensamentos e sentimentos
5	Identificar pensamentos automáticos e descatastrofisar - Revisão da tarefa: registro dos pensamentos e sentimentos. - Explicar o que são pensamentos automáticos. - Auxiliar a identificar pensamentos automáticos. Tarefa para realizar ao longo da semana - Registrar o que aconteceu e o que pensou quando estava ansioso, triste ou apresentou outra emoção. Situação/Pensamento/Emoção/Comportamento.
6	Testar a validade dos pensamentos - Usar a tarefa da semana para discutir a validade dos pensamentos. - Qual foi a situação? - Como você se sentiu? - O que você estava pensando ou imaginando? - O que te fez pensar que esse pensamento era verdadeiro? - O que te faz pensar que o pensamento pode não ser verdadeiro ou completamente verdadeiro? - Qual é outra maneira de olhar para isso? Tarefas para realizar ao longo da semana - Praticar o relaxamento muscular e a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. - Registrar: Situação/Pensamento/Emoção/Comportamento e depois discutir a validade dos pensamentos, registrar o pensamento alternativo (outra maneira de olhar para isso)
7	Técnica para avaliar comportamentos - Revisão da tarefa: verificar o registro dos pensamentos. - Explicar sobre essa técnica. - Orientar o paciente a fazer um quadrante e escrever: - gosto e faço; - gosto e não faço; - não gosto e faço; - não gosto e não faço. Tarefa para realizar ao longo da semana - Escrever no quadrante o que realmente lhe faz bem.
8	Técnica para promover a autoestima - Revisão da tarefa: o que lhe faz bem. - Explicar sobre a autoestima. - Apresentar o plano de desenvolvimento da autoestima. Tarefa para realizar ao longo da semana - Preencher o quadro de desenvolvimento da autoestima.
9	Técnica para promover a autorregulação emocional - Revisão da tarefa: desenvolvimento da autoestima. - Explicar sobre a autorregulação emocional. - Explicitar sobre a Técnica de Grounding, que pode ser usada em momentos de ansiedade para autorregulação emocional por meio da percepção de si mesmo e do ambiente. - Orientar o paciente que, quando sentir emoções intensas, poderá usar alguns lembretes mentais como ferramenta para ficar mais tranquilo. - Fornecer os lembretes mentais impresso.

	Tarefas para realizar ao longo da semana ● Praticar a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. ● Exercícios da Técnica de Grouding (autorregulação).
10	Técnica para promover o bem-estar ● Revisão da tarefa: verificar como e se o paciente usou alguma técnica de autorregulação e se foi efetiva. ● Explicar sobre a importância do bem-estar. ● Fornecer exemplo de coisas que fazem bem. ● Instruções de como listar coisas simples ou complexas para o bem-estar. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Escrever em uma folha atividades que proporcionam bem-estar.
11	Combatendo a vulnerabilidade à desregulação emocional ● Revisão da tarefa: verificar quais as atividades que proporcionam bem-estar para os pacientes. ● Explicar sobre a vulnerabilidade à desregulação emocional. ● Incentivar o paciente a estruturar rotinas saudáveis. ● Orientar quanto às rotinas. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Escrever em uma folha quais foram as rotinas que conseguiu manter.
12	Estratégias de enfrentamento ● Revisão da tarefa: verificar se os pacientes conseguiram estruturar rotinas saudáveis. ● Explicar o que são estratégias de enfrentamento. ● Orientar sobre a diferença de problema global e problema específico. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Pensar em um problema e deixá-lo o mais específico possível.
13 e 14	Técnica para promoção da estratégia de enfrentamento adaptativa ● Revisão da tarefa: problema global em específico. ● Explicar sobre as diferentes estratégias de enfrentamento. ● Trabalhar as estratégias de enfrentamento focadas no problema na 13ª sessão. ● Explicar a técnica de resolução de problemas. ● Trabalhar as estratégias de enfrentamento focadas na emoção na 14ª sessão. ● Pensar em alternativas para diminuir emoções negativas. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Preencher os quadros respectivos a cada estratégia.
15	Resiliência ● Revisão da tarefa: conversar com os pacientes sobre as estratégias de enfrentamento nos diferentes contextos apresentados por eles. ● Explicar sobre a resiliência. ● Orientar sobre as medidas para aumentar a resiliência. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Identificar evidências de resiliência em eventos no dia a dia.
16	Avaliação dos ganhos terapêuticos e generalização para outras áreas da vida ● Revisão da tarefa: evidências de resiliência em eventos no dia a dia. ● Combinar a manutenção do enfrentamento das situações de ansiedade, independentemente do acompanhamento em grupo. ● Avaliar o tratamento.

Figura 3 – Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtornos de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional

10 SESSÕES TERAPÊUTICAS

10.1 SESSÃO 1

Objetivo: Realizar integração, estimular coesão grupal, definir objetivos do tratamento e psicoeducação.

Procedimento: Os pacientes do grupo se apresentam referindo nome, idade, um breve relato de seus sintomas, tempo de doença, tratamentos prévios e se usam medicação. O terapeuta informa sobre o funcionamento do grupo e estabelece-se um contrato terapêutico (responsabilidade, direitos e deveres, sigilo, local, hora e frequência, duração e participação ativa por meio de atividades a serem realizadas durante as sessões e ao longo da semana entre uma sessão e outra). Em seguida, inicia-se uma abordagem educativa sobre os transtornos de ansiedade (definição, diferença entre ansiedade normal e patológica, prevalência, etiologia, sintomas, tipos de tratamentos e prognóstico). No final da sessão pergunta-se aos pacientes como foi para eles esse encontro. É comum verbalizarem alívio por conhecerem outras pessoas com as mesmas dificuldades. Encerra-se essa primeira sessão entregando um material educativo sobre TAs para leitura durante a semana.

10.1.1 Psicoeducação

Um dos principais fatores específicos que auxiliam na mudança de comportamento dos pacientes com TA é a psicoeducação, que tem como primeiro objetivo aumentar o conhecimento dos pacientes sobre seu problema de saúde, por intermédio de informações sobre definição da patologia, principais sintomas, mecanismos envolvidos na origem e na perpetuação do transtorno, bem como auxiliar na prevenção de recaídas. Além disso, são apresentados os diferentes tipos de tratamentos disponíveis e suas vantagens e desvantagens. Também é o momento de esclarecer sobre o mecanismo de ação dos medicamentos e seus efeitos colaterais. Já o segundo objetivo é familiarizar o paciente com o tipo de intervenção que será utilizado.¹⁷ Nesse momento devem ser dadas informações úteis e práticas sobre a intervenção a ser aplicada, acolher o sofrimento do paciente, quebrar mitos, responder dúvidas e iniciar o desenvolvimento de habilidades e competências para o autocuidado.

10.1.2 Transtornos de Ansiedade

Os TA são caracterizados por ansiedade excessiva, medo e perturbações comportamentais associadas. Define-se ansiedade como um sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor por uma antecipação de ameaça futura. O medo é a resposta emocional desse sentimento ou sensação, apresentando-se por meio de uma excitabilidade autonômica aumentada, pensamentos de perigo imediato e comportamento de fuga. Portanto, a ansiedade é associada a tensão muscular, vigilância, preparação a um perigo futuro e comportamento de cautela ou esquivia.^{8,29}

Os TA são condições incapacitantes que começam principalmente na infância, adolescência e início da idade adulta. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o transtorno de ansiedade é uma das doenças psiquiátricas mais comuns mundialmente, com 3,6% da população global afetada e refletindo um aumento de 14,9% na prevalência do transtorno desde 2005. Na região das Américas, estima-se que 7,7% da população feminina sofrem de transtornos de ansiedade, apresentando maior prevalência do que a população masculina. No Brasil, esse transtorno está presente em 9,3% da população geral, destacando-se com o maior número de casos de ansiedade entre todos os países do mundo e refletindo a necessidade de atuação em meio nacional para o tratamento do transtorno.³

Os TA podem estar associados à vivência em ambiente perturbador, baixa autoestima, abuso sexual na infância, escolaridade baixa, abuso de álcool e outras substâncias, tabagismo e tentativa de suicídio, doenças crônicas, sedentarismo, obesidade, menor status socioeconômico, histórico familiar de ansiedade, história prévia de transtorno psicológico e/ou transtornos de personalidade.²⁹⁻³² Os transtornos relacionados à ansiedade foram associados a um risco significativo de 1,7 a 2,5 vezes maior de tentativas de suicídio.^{33,34}

Essas pesquisas são de importante relevância, em razão da organização que pode ser realizada no intuito de definir ações, com o auxílio do governo e da sociedade, para formulação de políticas públicas na prevenção e tratamento.⁴ O transtorno de ansiedade, dependendo do grau, pode levar o indivíduo a ter complicações em suas atividades diárias, sociais e laborais, gerando um impacto negativo em sua qualidade de vida e aumentando a procura por serviços de saúde, como consultas, exames, emergências e internações.^{35,36}

Considerando que o manual tem como finalidade orientar os profissionais de saúde em um estabelecimento prisional, com um público de nível socioeconômico majoritariamente baixo e de maior vulnerabilidade social, torna-se necessário destacar esses fatores de risco,

comumente associados à realidade das pessoas encarceradas. Os TA são classificados conforme suas características, a saber:⁷

- a) **transtorno de ansiedade de separação**: caracterizado por sinais e sintomas apreensivos ou ansiosos quanto à separação das figuras de apego até um ponto em que é impróprio para o nível de desenvolvimento. Existe medo ou ansiedade persistente quanto à ocorrência de danos às figuras de apego e com relação a eventos que poderiam levar à perda ou separação de tais figuras e relutância em se afastar delas, além de pesadelos e sintomas físicos de sofrimento. Embora os sintomas se desenvolvam com frequência na infância, também podem ser expressos durante a idade adulta.
- b) **mutismo seletivo**: caracterizado por fracasso consistente para falar em situações sociais nas quais existe expectativa para que se fale (p. ex., na escola), mesmo que o indivíduo fale em outras situações. O fracasso para falar acarreta consequências significativas em contextos de conquistas acadêmicas ou profissionais ou interfere em outros aspectos na comunicação social normal;
- c) **fobia específica**: é o medo ou apreensão de um estímulo ou situação específica. O indivíduo se torna ansioso ou se esquia de objetos ou situações. Existem vários tipos de fobias específicas: de animais, ambiente natural, sangue-injeção-ferimentos, situacional e outros;
- d) **ansiedade social** (fobia social): o indivíduo se demonstra temeroso, ansioso ou se esquia de interações e situações sociais que envolvam a possibilidade de ser avaliado. Essas situações incluem apresentações, festas, encontros, comer em locais públicos, usar banheiros públicos ou simplesmente encontrar novas pessoas. Os sintomas incluem tensão extrema ou “paralisia”, preocupação obsessiva com interações sociais e uma tendência ao isolamento e à solidão;
- e) **transtorno de pânico**: caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade, espontâneos e recorrentes, acompanhados por sintomas físicos e cognitivos, que seguem durante pelo menos um mês, com a preocupação persistente de apresentar um novo ataque, por suas consequências sociais;
- f) **agorafobia**: caracterizada por evitação ou persistente apreensão a respeito de situações (usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; estar fora de casa sozinho em outras situações) as quais avalia como difíceis de escapar ou de obter

ajuda caso apresente sintomas semelhantes ao pânico (incluindo ataques de pânico, mas não se limitando a eles) ou outros sintomas incapacitantes e/ou constrangedores;

- g) **transtorno de ansiedade generalizada**: descrito como ansiedade e preocupação persistentes e excessivas na maioria dos dias, por pelo menos seis meses, envolvendo vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração e/ou de memória momentânea; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono.

Apesar de haver consequências sociais significativas e a presença de sofrimento nos diferentes transtornos de ansiedade, cerca de 40% dos pacientes com esse diagnóstico não recebem tratamento.³⁷ Considera-se, ainda, que os custos dos serviços de tratamento ofertados são, comumente, muito altos, levando os pacientes a procurarem atendimentos médicos não especializados ou apenas serviços de emergência nos momentos de crise,³⁵ o que colabora diretamente para um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, para prejuízos no bem-estar físico e mental da pessoa afetada.³⁷ Assim, realça-se a importância de conhecer os diferentes métodos de tratamento para os transtornos de ansiedade, visando reduzir o sofrimento psíquico dos indivíduos.³⁸

10.1.3 Conhecendo os sintomas de ansiedade

Na tentativa de definir a ansiedade, encontra-se a sua complexidade, em razão das diversas formas de como o indivíduo pode ser afetado, dentre elas: física, emocional, comportamental e cognitiva. Eis alguns dos efeitos comuns da ansiedade:

- a) **sintomas físicos**: frequência cardíaca aumentada, palpitações, falta de ar, respiração rápida, dor ou pressão no peito, sensação de asfixia, vertigem, tontura, sudorese, calores, calafrios, náusea, estômago embrulhado, diarreia, tremores, estremecimento, formigamento ou dormência nos braços, pernas, fraqueza, desequilíbrio, sensação de desmaio, tensão muscular, rigidez, boca seca;
- b) **sintomas cognitivos**: medo de perder o controle, de ser incapaz de enfrentar, medo de dano físico ou de morte, medo de “enlouquecer”, medo de avaliação negativa dos outros, pensamentos, imagens ou lembranças assustadoras, percepções de irre realidade

ou alheamento, baixa concentração, confusão, distratibilidade, estreitamento da atenção, hipervigilância para perigo, memória fraca, dificuldade de raciocínio, perda de objetividade;

- c) **sintomas comportamentais:** evitação de sinais ou situações de ameaça, fuga, escape, busca de segurança, reassuramento, desassossego, agitação, andar nervosamente de um lado para o outro, hiperventilação, paralisia, imobilidade, dificuldade para falar;
- d) **sintomas emocionais:** sentir-se nervoso, tenso, irritado, assustado, temeroso, aterrorizado, frustrado, ser irascível, apreensivo, alvoroçado, impaciente.³⁹

Para determinar se uma pessoa apresenta critérios diagnósticos para TA, os profissionais de saúde mental devem consultar o livro publicado pela American Psychiatric Association,⁷ chamado *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: (DSM-V)*, o qual apresenta critérios bem definidos para os diferentes tipos de transtornos de ansiedade, bem como para outras perturbações mentais e emocionais. A avaliação por meio de neuroimagem estrutural, ativação cerebral e biomarcadores é usada em pesquisas clínicas, mas ainda é rara, em decorrência do custo elevado. Portanto, é importante que o profissional de saúde conheça os sinais e sintomas para a detecção precoce dos TAs. O planejamento e a implantação do cuidado devem se basear nas manifestações e características clínicas que o indivíduo apresenta, sejam elas fisiológicas, cognitivas ou emocionais, as quais serão identificadas por meio da anamnese.³⁹

10.1.4 Determinando a ansiedade como um transtorno clínico

Para que se possa identificar se o paciente apresenta um TA, o profissional necessita identificar características específicas para determinar se a ansiedade se classificaria como transtorno clínico. Entre essas características estão:

- a) **intensidade exagerada:** a ansiedade patológica tende a ser muito maior do que se esperaria em uma determinada situação. Por exemplo, sentir ansiedade intensa ao atender ao telefone, ao dirigir sobre uma ponte, ao fazer um pedido a um atendente de loja ou ao tocar uma maçaneta sugeririam um nível anormal de ansiedade porque esses tipos de ações causam pouca ou nenhuma ansiedade na maioria das pessoas;

- b) **persistência:** a ansiedade patológica tende a persistir por mais tempo do que os estados não clínicos. Todo mundo se preocupa de vez em quando, mas as pessoas com preocupações patológicas a experimentam por horas ou dias a fio;
- c) **interferência:** a ansiedade patológica tende a interferir no funcionamento no trabalho ou na escola, em eventos sociais, no lazer, nas relações familiares e em outras atividades. Os efeitos negativos da ansiedade podem se limitar a algumas áreas da vida, mas o impacto é, com certeza, perceptível. Alguns indivíduos com agorafobia, por exemplo, farão suas compras de alimentos às três horas da madrugada para evitar outras pessoas; outros enfrentarão muitos quilômetros a mais de trânsito para evitar a travessia de uma ponte; e pessoas com ansiedade generalizada podem não conseguir dormir à noite por causa de preocupações;
- d) **ansiedade ou pânico repentino:** um aumento ocasional da ansiedade ou até pânico não é incomum, mas ocorrências frequentes podem representar um transtorno de ansiedade. O pânico espontâneo, sem motivo aparente, é especialmente digno de atenção, e o desenvolvimento do medo de ter outros ataques de pânico é uma característica significativa dos transtornos de ansiedade;
- e) **generalização:** nos transtornos de ansiedade, o medo e a ansiedade com frequência se espalham de um determinado objeto ou situação para um amplo espectro de situações, tarefas, objetos ou pessoas.
- f) **pensamento catastrófico:** as pessoas com ansiedade clínica tendem a pensar sobre as piores hipóteses. Uma vez que a ansiedade sempre envolve antecipação (os “e se”), o estilo de pensamento nos transtornos de ansiedade pende para a presunção de que sérias ameaças são muito mais prováveis do que realmente são. Por exemplo, uma pessoa com transtorno do pânico poderia automaticamente pensar: “Estou com dificuldade de respirar. Será que não vou morrer sufocado?”. Alguém com ansiedade social pensa: “E se as pessoas notarem que estou nervosa e pensarem que tenho uma doença mental?”. Uma pessoa com ansiedade generalizada poderia pensar: “Se eu não parar de me preocupar, isso vai me enlouquecer.”. Todas essas ideias envolvem a possibilidade (“e se”) de alguma catástrofe, que é um exagero do perigo real;
- g) **evitação:** a maioria das pessoas com transtornos de ansiedade tenta eliminar ou ao menos minimizar sua ansiedade evitando qualquer coisa que a dispare. Os gatilhos podem ser certas situações (lojas lotadas, dirigir em rodovias, dependências públicas, reuniões, salas de cinema, ou igrejas), indivíduos (desconhecidos, pessoas “suspeitas”, autoridades, enfermos, etc.) ou objetos (pontes, túneis, hospitais, certos

animais). A extensa evitação pode reduzir a ansiedade em curto prazo, mas tem um alto preço. Ela contribui para a persistência do quadro de ansiedade e reduz o nível de funcionamento diário de uma pessoa;

- h) **perda da segurança ou do sentimento de tranquilidade:** por fim, as pessoas com transtorno de ansiedade com frequência sentem-se menos seguras e protegidas do que as outras. Embora possam fazer muitas coisas para se sentirem seguras, qualquer senso de segurança é de curta duração, e o sentimento de apreensão e de ameaça retorna. Relaxar ou permanecer calmo pode ser muito difícil. Nos transtornos de ansiedade, a pessoa pode se sentir inquieta, tensa e agitada na maior parte do tempo. A dificuldade para dormir pode ser um problema importante na maioria dos transtornos de ansiedade.³⁹

10.2 SESSÃO 2

Objetivo: Iniciar a psicoeducação, técnicas de enfrentamento da ansiedade, automonitoramento.

Procedimento: Inicie com a revisão da tarefa e discussão das dúvidas sobre a leitura do material educativo sobre TAs. Em seguida, explique a influência da respiração inadequada nos sintomas de ansiedade. Após, demonstre a técnica da respiração diafragmática e incentivem-se todos os participantes a realizarem a técnica, inclusive o enfermeiro que coordena o grupo. Após todos os pacientes a realizarem, pergunte como se sentiram. É comum alguns referirem sintomas como tontura, sonolência, sensação de falta de ar e ansiedade. Nesse momento, informe que, à medida que praticarem essa respiração, os sintomas vão desaparecer ou deixar de ser desconfortáveis. Termine essa segunda sessão orientando que o paciente realize o exercício de respiração diafragmática ao longo da semana, três vezes ao dia, por três minutos. É importante que ele registre dia, horário e como se sentiu para conversar sobre isso no grupo na próxima sessão.

10.2.1 Respiração diafragmática

Técnica que exercita a respiração correta, com orientação sobre a postura e o movimento pulmonar, com resultados significantes para a redução da ansiedade.^{40,41} A técnica auxilia no impedimento da hiperventilação e diminuição dos sintomas autonômicos e a tensão muscular por meio de exercícios, quando o paciente deve prestar atenção à sua própria respiração e identificar os movimentos de inspirar e expirar colocando a mão sobre o abdômen e a região

peitoral. Essa técnica consiste em manter a respiração em uma forma ritmada e constante. Incentiva-se o paciente a realizar esse método de respiração todos os dias, por três minutos, três vezes ao dia, como forma de manter a mente mais relaxada e principalmente para que o indivíduo aprenda a reduzir seu estresse e excitação.⁴² No tratamento da ansiedade, a respiração controlada pode trazer benefícios significativos para um comportamento de segurança e evoluir para uma intervenção terapêutica útil.⁴²

10.2.1.1 Exercício de respiração diafragmática

Pede-se que o paciente inspire lentamente contando de um a três segundos; em seguida, que mantenha os pulmões cheios durante a contagem de um a três segundos; finalmente, que libere o ar lentamente contando novamente de um a três segundos.



10.3 SESSÃO 3

Objetivo: Ensinar a técnica para o enfrentamento da ansiedade, automonitoramento.

Procedimento: Inicie a sessão com a revisão da tarefa. Pergunte aos pacientes como foi a prática da respiração diafragmática, se apresentaram sintomas de ansiedade ao realizar a técnica. Realize a técnica de respiração diafragmática novamente, aproveite para observar cada participante do grupo e oriente individualmente se necessário. Após, explique aos pacientes que a ansiedade pode causar tensão muscular e, conseqüentemente, desconforto ou dores em determinados locais do corpo. Explique que é possível realizar técnicas de relaxamento muscular para diminuir a tensão muscular e relaxar. Ensine a técnica demonstrando e depois a realize com todos os pacientes do grupo. Veja como se sentiram. Em seguida, proponha que

realizem novamente a técnica de relaxamento muscular e, na sequência, a respiração diafragmática. Combine como tarefa da semana o relaxamento muscular e a respiração diafragmática, três vezes ao dia, pelo tempo de três a 10 minutos.

10.3.1 Relaxamento passivo

Técnica recomendada para pessoas que encontram dificuldade de relaxar ou que têm alguma restrição em tensionar algum músculo. Nessa técnica evitam-se as tensões e foca-se apenas no relaxamento.⁴¹ Ela deve ser aplicada com instruções verbais que incentivem o paciente a relaxar gradualmente cada grupo muscular. Oriente o paciente a ficar silencioso e confortavelmente sentado, de olhos fechados, indicando que observe um membro de seu corpo de cada vez.⁴³



10.3.2 Relaxamento muscular progressivo

Essa é uma técnica que foi desenvolvida em 1920 por Edmundo Jacobson (1888-1983), objetivando ajudar as pessoas a lidar com o estresse e a ansiedade e assim reduzir a tensão desnecessária, demonstrando que, ao relaxar os músculos, também é possível relaxar a mente.⁴² O método abrange processos de tensão e relaxamento orientados e brevemente demonstrados ao indivíduo com a finalidade de reconhecer a tensão física e praticar o relaxamento, inicialmente dentro de um ciclo de tensão (contraindo grupos musculares) e relaxamento (relaxando esses mesmos grupos musculares). Essa prática auxilia no relaxamento dos grupos

musculares e na diminuição da tensão corporal e deve ser realizada diariamente, três vezes ao dia, de três a 10 minutos.⁴⁰⁻⁴²

10.3.2.1 Introdução ao Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Inicie o processo explicando a importância da respiração diafragmática e mostre a diferença entre a respiração peitoral curta e superficial, típica de pessoas tensas, ansiosas e cansadas, e a respiração lenta e profunda, chamada diafragmática. Colocando a mão sobre a região epigástrica, o profissional demonstra ao paciente os movimentos realizados na respiração diafragmática e na respiração peitoral, de modo que o paciente possa ver, nos dois casos, o movimento do abdome e do tórax durante a respiração. Após a explanação, começam as instruções do exercício propriamente dito:

- feche os olhos e vamos começar pela respiração;
- preste atenção no ar entrando e saindo de seu corpo;
- respire lenta e profundamente, concentrando em seu diafragma;
- imagine que há um balão em seu abdome e um canudinho no nariz que vai conduzir o ar para encher suavemente o balão enquanto você inspira e esvaziá-lo ainda mais suavemente enquanto você expira;
- preste atenção apenas em seu corpo e em sua respiração, cada vez mais lenta e profunda;
- agora, vamos iniciar o relaxamento dos grupos musculares. Associe a respiração aos movimentos: ao contrair, inspire; ao relaxar, expire; e ao expirar elimine todo resíduo de ar antes de inspirar novamente;
- esteja atento agora à diferença entre o estado de tensão e de relaxamento de seus músculos. A cada relaxamento, imagine seus músculos lânguidos, lisos e mornos. Faça isso acompanhando sempre o comando da minha voz. Cada movimento será repetido duas vezes ou mais, se for observada evidência de tensão no grupo muscular trabalhado.

Siga realizando as seguintes orientações:

1. estenda os dois braços com os cotovelos voltados para baixo e as mãos fechadas voltadas para fora; contraia fortemente os músculos dos braços e mãos. A seguir,

libere a tensão lentamente, prestando atenção nos músculos e volte os braços e mãos à posição inicial de repouso. Atente para a sensação de relaxamento, libere toda tensão de seus músculos. Sinta braços e mãos soltos, sinta o contato deles com a superfície da poltrona; sinta o peso dos seus braços e mãos. As duas últimas frases serão incluídas ao final de cada passo, substituindo “braços” e “mãos” pela parte do corpo trabalhada, até o passo 6;

2. flexione os dois braços com os cotovelos para baixo, os pulsos cerrados voltados para cima e puxe em direção ao peito, como se estivesse puxando uma barra pesada. Sinta a contração dos músculos e a seguir retorne lentamente à posição original;
3. estenda as duas pernas o máximo possível, com os pés estendidos apontando para frente e dedos voltados para cima. Relaxe lentamente;
4. flexione os joelhos e traga as pernas em direção ao estômago. Dobre tanto quanto puder e volte lentamente à posição original;
5. pressione as panturrilhas para baixo, sinta a pressão até os músculos das nádegas, e volte lentamente;
6. contraia as nádegas. Relaxe lentamente;
7. levante os ombros em direção às orelhas, tão alto quanto possível. Relaxe. Repita o exercício realizando movimento dos ombros para trás e para frente;
8. gire o pescoço para a direita, o máximo que puder. Repita o exercício realizando o movimento do pescoço para a esquerda, para trás, contraindo a nuca, e para frente, com o queixo em direção ao peito;
9. empurre as sobrancelhas em direção à raiz dos cabelos o máximo possível. Relaxe lentamente e imagine sua testa lisa, o rosto plácido;
10. contraia as pálpebras ao máximo e contraia o nariz, como fazendo uma careta. Relaxe lentamente e imagine suas pálpebras lisas, o nariz liso, o rosto plácido;
11. contraia a mandíbula. Relaxe. Empurre a raiz superior interna dos dentes com a ponta da língua. Relaxe. Faça o mesmo com os dentes inferiores. Pressione os lábios um contra o outro. Relaxe, sinta o rosto todo liso e sereno;
12. sinta o contato de seu corpo contra a superfície na qual está sentado; sinta o peso do corpo. Sinta que está em total estado de repouso. Solte totalmente o corpo nessa posição. Sinta o peso do seu corpo sereno, repousado e confortável;
13. imagine uma cena confortável e aconchegante (com frequência, o profissional por um guia de imagens, vai descrever uma cena para que o paciente visualize);

14. volte sua atenção ao corpo, sinta o contato dele com a área da poltrona. Movimente suas mãos, movimente os pés, movimente o pescoço, e abra os olhos.

Técnicas de Relaxamento



Adaptado de: Gonçalves, 1990, adapt. Bernstein e Borkoveck, 1973

10.4 SESSÃO 4

Objetivo: Promover o autoconhecimento. Distinguir pensamentos de sentimentos.

Procedimento: Inicie a sessão revisando a tarefa. Verifique com os pacientes como foi a prática do relaxamento muscular, se aliviou os sintomas de ansiedade. Explique o conceito de autoconhecimento e tipos (ativo e passivo). Explique a diferença entre os pensamentos e os sentimentos. Use exemplos de uma mesma situação sobre a qual o indivíduo pode ter pensamentos diferentes e, conseqüentemente, emoções distintas.

10.4.1 Técnicas para promover o autoconhecimento

Autoconhecimento é a capacidade de descrever seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. Sendo, também, capaz de explicar como aprendeu historicamente a pensar, sentir e agir, além dos contextos em que ocorrem e dos resultados que costumam produzir.⁴⁴

O autoconhecimento pode ser passivo ou ativo. No autoconhecimento passivo, o indivíduo recebe informações e análises sobre os seus padrões psicológicos, por meio de terceiros ou profissionais da saúde, sem estar suficientemente motivado a conhecer-se. Já no ativo, o indivíduo busca informações sobre o seu comportamento, aumenta o seu nível de auto-observação e solicita que outras pessoas falem sobre si, para entender melhor seus padrões comportamentais.⁴⁴

Indivíduos com desregulação emocional muitas vezes percebem a realidade através da lente de suas emoções, e não à luz da realidade como ela é. Assim, tanto as respostas julgadoras quanto as crenças, suposições e inferências podem ser distorcidas.⁴⁵ Ou seja, quando um indivíduo apresenta uma emoção intensa, não consegue pensar normalmente, as ideias ficam bagunçadas e os pensamentos distorcidos têm efeito cascata. Por consequência, o comportamento ocorre de forma diferente do que ocorreria caso o indivíduo estivesse mais tranquilo.

Normalmente, percebe-se primeiro a sua emoção. Portanto, é muito importante que o paciente reconheça suas emoções, descrevendo o que está sentindo, em que situações ou circunstâncias ocorrem e o que estava passando por sua cabeça (pensamento) naquele momento.⁴⁶

Todas as vezes que o indivíduo sente uma emoção, seu corpo também as sente e se prepara para uma determinada ação (respostas fisiológicas de tendência específica à ação da emoção).⁸ Por exemplo:

A raiva prepara o corpo para o ataque
O medo prepara o corpo para lutar ou fugir
A alegria para querer fazer alguma coisa
O nojo para repulsar e ficar longe
A tristeza para ficar bem quietinho e refletir
O amor para me conectar com alguém

10.4.1.1 Distinguindo pensamentos de sentimentos

Explique para o paciente que os pensamentos podem influenciar a forma como nos sentimos e nos comportamos. Tal forma se refere à percepção que as pessoas têm dos eventos, ou seja, a interpretação que fornecem às situações. A interpretação é que determina o que as pessoas sentem e como se comportam. Por exemplo:

Um indivíduo ao saudar uma pessoa conhecida e não ser correspondida pode:

PENSAR	SENTIR	FAZER
"Ela não gosta de mim"	Tristeza	Chorar
"Ela não tem o direito de me ignorar"	Raiva	Nunca mais falar com ela
"Será que fiz alguma coisa"	Ansiedade	Procurar saber o que aconteceu
"Ela não deve ter me visto"	Emoção neutra	Comportamento neutro

Conforme se pode observar, a situação é a mesma, o que mudou foi a interpretação que o indivíduo teve sobre ela. De acordo com o que esse indivíduo pensou, foi gerada determinada

emoção e, conseqüentemente, ele comportou-se de acordo com o pensamento. O pensamento nem sempre está claro. Por isso, algumas pessoas mudam o humor sem ter ciência do porquê.⁴⁶

A seguir, ofereça esse exercício para que o paciente identifique seus pensamentos e sentimentos:

Penso que....	Portanto, sinto-me

10.5 SESSÃO 5

Objetivo: Identificar pensamentos automáticos e descatastrofisar.

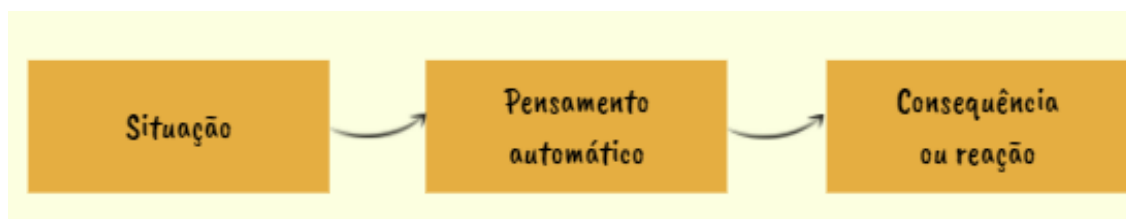
Procedimento: Inicie a sessão revisando a tarefa de registro dos pensamentos e sentimentos. Verifique se os pacientes tiveram alguma dificuldade para fazê-lo. Realize a psicoeducação sobre pensamentos automáticos. Use exemplos para elucidar. Verifique com os pacientes se eles têm algum exemplo para citar e contribuir com o grupo. Oriente sobre a atividade para a semana: anotar em uma folha o que aconteceu e o que pensou quando apresentou ansiedade ou outra emoção.

10.5.1 Pensamentos automáticos

Pessoas com transtornos psicológicos, com frequência, interpretam erroneamente situações neutras ou até mesmo positivas e, desse modo, seus pensamentos automáticos são tendenciosos. Pensamentos automáticos são um fluxo de pensamentos que coexiste com um fluxo de pensamento mais manifesto. Esses pensamentos não são peculiares às pessoas com angústia, mas uma experiência comum a todos os indivíduos. Embora a maior parte do tempo as pessoas estejam pouco cientes desses pensamentos, com apenas um pouquinho de

treinamento, é possível facilmente trazê-los à consciência. Quando nos tornamos conscientes dos nossos pensamentos, podemos automaticamente fazer uma checagem de realidade quando não estamos sofrendo de disfunção psicológica.⁴⁶

10.5.2 Explicando o que são pensamentos automáticos



Os pensamentos automáticos são geralmente muito breves e o paciente torna-se mais consciente da emoção que sente como resultado dos seus pensamentos do que dos próprios pensamentos. Ou seja, poderá ter consciência de que se sente ansioso, triste, irritado ou envergonhado, mas não tem consciência dos seus pensamentos automáticos. As emoções que o paciente sente estão conectadas logicamente ao conteúdo dos seus pensamentos automáticos.^{17,46}

Os pensamentos automáticos frequentemente estão na forma “abreviada”, mas podem ser facilmente explicitados quando se avalia o significado do pensamento. Por exemplo, quando o paciente teve o pensamento: “Ah, não”, mas o significado do seu pensamento era “Meu coração está disparado”. Ou quando um paciente diz “Ah, não”, quando na verdade pretendia usar outra expressão de ideia, como: “Eu fui um idiota por deixar ela usar a minha roupa”. Os pensamentos automáticos podem ser na forma verbal, na forma visual (imagens) ou em ambas.⁴⁷

Os pensamentos automáticos podem ser avaliados de acordo com sua validade e utilidade. O tipo mais comum de pensamento automático é uma distorção e ocorre apesar das evidências objetivas em contrário.⁴⁶

10.5.3 Ajudando a identificar pensamentos automáticos

É possível ajudar o paciente com transtorno de ansiedade a identificar seus pensamentos por meio do registro deles.

Situação O que aconteceu?	Pensamento O que você pensou?	Emoção Como você se sentiu? Qual a intensidade (0-10)?	Comportamento O que você fez?
Dor no peito Aumento da frequência cardíaca	Estou tendo um infarto	Ansiedade Intensidade 10	Fui para enfermaria
Dor no peito Aumento da frequência cardíaca	Estou tendo uma crise de ansiedade	Ansiedade Intensidade 4	Fiz respiração diafragmática

Agora combine com o paciente para fazer esse exercício como tarefa ao longo da semana. Oriente-o a registrar o que aconteceu e o que pensou quando estava ansioso, triste ou apresentou outra emoção. A coluna relacionada ao comportamento pode ser usada para que ele descreva o que fez naquele momento.

Situação O que aconteceu?	Pensamento O que você pensou?	Emoção Como você se sentiu? Qual a intensidade (0-10)?	Comportamento O que você fez?

10.6 SESSÃO 6

Objetivo: Testar a validade dos pensamentos.

Procedimento: Inicie a sessão revisando a tarefa da semana. Use o exercício de algum paciente que concorde em dividi-lo com o grupo para ensiná-los a testar a validade dos seus pensamentos. Atividades para semana: praticar o relaxamento muscular e a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. Registrar: Situação/Pensamento/Emoção/Comportamento e, depois, discutir a validade dos pensamentos e registrar o pensamento alternativo (outra maneira de olhar para isso).

10.6.1 Testando a validade dos pensamentos

Pensamentos são ideias, interpretações que são realizadas em determinadas situações que modulam a emoção e o comportamento. No entanto, a interpretação pode ser equivocada, ou seja, o pensamento pode ser distorcido. Logo, a emoção e o comportamento não estarão de acordo com a situação.^{46,47} Por exemplo: quando João entrou na sala não cumprimentou ninguém. Algumas pessoas pensaram que João não estava no seu normal, que algo poderia ter acontecido com ele, ficaram preocupados, mas acharam melhor esperar ele se manifestar. Já Beatriz pensou que João estava sendo esnobe e ficou com raiva. No entanto, a razão do comportamento de João pode ser um dos fatores citados anteriormente ou outros, como distração, respeito à pessoa que estava falando no momento, sono, etc. Portanto, é muito importante testar a validade dos pensamentos para avaliar se o primeiro pensamento é a única alternativa possível para explicar uma determinada situação.

- Qual foi a situação?
- Como você se sentiu?
- O que você estava pensando ou imaginando?
- O que te fez pensar que esse pensamento era verdadeiro?
- O que te faz pensar que o pensamento pode não ser verdadeiro ou completamente verdadeiro?
- Qual é outra maneira de olhar para isso?

Vamos pensar em um exemplo:

- **Qual é a situação?** Meu familiar não veio na última visita.
- **Como você se sentiu?** Triste.
- **O que você estava pensando ou imaginando?** Ele não se importa comigo.
- **O que te fez pensar que esse pensamento é verdadeiro?** Não é a primeira vez que ele faz isso.
- **O que te faz pensar que o pensamento pode não ser verdadeiro ou completamente verdadeiro?** Essa é a segunda vez em um ano. Na ocasião anterior ele disse que perdeu o ônibus e com isso não conseguiu chegar a tempo.
- **Qual outra maneira de olhar para isso?** Pode ter acontecido um imprevisto.

Outro exemplo:

- **Qual é a situação?** Estou com dor no peito.
- **Como você se sentiu?** Preocupação.
- **O que você estava pensando ou imaginando?** Vou ter um infarto.
- **O que te fez pensar que esse pensamento é verdadeiro?** Já vi na televisão e em revistas que dor no peito é um dos sintomas de infarto.
- **O que te faz pensar que o pensamento pode não ser verdadeiro ou completamente verdadeiro?** Já senti isso antes e não foi infarto. Fiz exames e não foi detectado nenhum problema cardíaco. Realizo atividades físicas e cuido da minha alimentação. Não tenho outros problemas de saúde.
- **Qual é outra maneira de olhar para isso?** Posso estar ansioso. Isso pode ser uma tensão muscular. Vou tentar fazer uma técnica de relaxamento e observar.

10.7 SESSÃO 7

Objetivo: Avaliar comportamentos.

Procedimento: Iniciar a sessão revisando as atividades da semana. Incentivar um ou dois pacientes a compartilharem suas anotações com o grupo. Aproveite para questionar se, ao testar a validade dos pensamentos, houve mudança no comportamento. Após, explique que a influência de pensamentos, sentimentos, comportamentos, reações fisiológicas e ambiente está interligada.

10.7.1 Avaliando o comportamento

O comportamento também pode mudar o ambiente e os eventos na vida. Da mesma maneira que mudanças em nosso pensamento afetam nosso comportamento, nossas emoções e nossas reações físicas e podem provocar alterações em nosso ambiente.⁴⁷ Por exemplo, ao pensar “Estou com dor no peito, vou morrer!” (pensamento), você vai correndo para a enfermaria (comportamento); no caminho, observa outro sintoma, como aumento da frequência cardíaca e ansiedade (emoção) e esta contribui para o aparecimento de novos sintomas, como falta de ar, tremores, palpitações (reação fisiológica). Ao chegar na enfermaria, você se sente mais seguro (ambiente). A compreensão de como interagem esses cinco aspectos ajuda a compreender os problemas e a perpetuação deles.

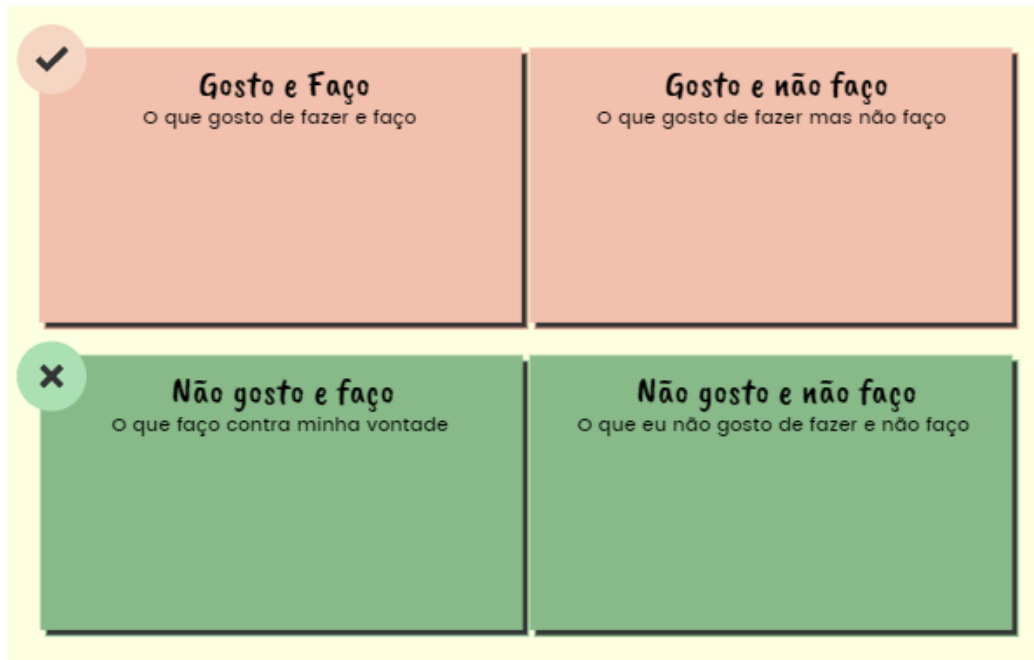
Nos transtornos de ansiedade, é comum ocorrer a evitação de situações ou locais onde o paciente apresenta crises de ansiedade, assim como o comportamento de fuga e esquiva.¹⁷ Por exemplo, uma pessoa que sente ansiedade ao falar em público vai evitar ambientes onde isso pode acontecer. E se for colocada nessa situação de surpresa, vai fugir dela dando uma desculpa ou abandonando o local. Uma pessoa que tem medo de animais específicos vai evitar o contato e se aparecer um na sua frente, vai fugir ou pedir ajuda para alguém para retirar o animal daquele local.

O curtograma é uma ferramenta que pode ser usada para estimular o autoconhecimento.⁴⁸ Ela ajuda no entendimento de comportamentos e atitudes. Colocar no papel ajuda a organizar os pensamentos, e por meio desse processo é possível avaliar o que realmente está acontecendo e que prejuízos podem estar ocorrendo em razão da ansiedade e de outras emoções. Esse mesmo exercício ajuda a verificar atitudes que causam bem-estar, atividades profissionais de interesse, entre outras.

Oriente o paciente a fazer um quadrante e escrever:

- gosto e faço;
- gosto e não faço;
- não gosto e faço;
- não gosto e não faço.

Por exemplo, no quadrante “gosto e não faço”, suponhamos que você gosta de praticar exercícios, mas atualmente você não o faz. Tente listar o máximo de itens para cada quadrante.



Estimule o paciente a explicar o porquê não gosta de determinadas situações ou locais. Ele pode dizer que não gosta de andar de ônibus. O motivo pode ser por ficar incomodado com a demora para chegar ao destino em razão do itinerário ou porque tem medo de “passar mal” (ter uma crise de ansiedade) no percurso. É necessário que o profissional entenda bem os motivos dos itens contidos em cada quadrante para buscar identificar comportamentos de evitação.

Da mesma forma, use o quadrante para explorar o que faz bem para o paciente, pois essas atividades podem contribuir para aliviar a ansiedade.

10.8 SESSÃO 8

Objetivo: Promover a autoestima.

Procedimento: Inicie a sessão revisando a atividade da semana. Oriente o paciente sobre o conceito de autoestima e sua importância para a saúde emocional.

10.8.1 Técnica para promover a autoestima

Autoestima é a capacidade de reconhecer e gostar das suas próprias características físicas e comportamentais, tendo a convicção de ser gostável e admirável por causa delas. E, também, deter competências que o fazem eficaz em atividades, realizações e controle sobre os rumos da sua vida.^{44,45}

Comumente nos identificamos pelas nossas ações. Dependendo da ação, uma pessoa pode rotular a si e aos outros como corajosa (quando enfrenta uma situação difícil) ou fracassada (se tem acumulado insucessos). No entanto, há uma diferença entre comportamentos e a pessoa por inteiro. Os rótulos não são tão generalizáveis quanto parecem ser. Por exemplo, é provável que a pessoa que foi rotulada como fracassada não tenha apenas insucessos na vida. Podemos até não admirar um comportamento nosso, mas esse sentimento deve ser limitado àquele contexto. Então, vamos refletir se alguns rótulos estão sendo estendidos em termos globais da sua pessoa ou referem-se a um ou outro comportamento. Em que porcentagem do tempo você age como o rótulo tenta definir: 10%, 20%, 30%, 40%...?⁴⁴

10.8.2 Plano de desenvolvimento da autoestima

	ESTADO ATUAL	CUIDADO A DESENVOLVER
Aparência Física		
Competências		
Relacionamentos		
Autonomia		
Valores		

- Faça uma lista de todas as suas características positivas, de todos os seus pontos fortes. Escreva tudo que considera de positivo: habilidades, competências, realizações. Até mesmo aquelas que pareçam pequenas. Questione também algumas pessoas próximas para ter uma percepção de como o veem.
- Anote habilidades que quer desenvolver, aquelas que ainda não tem, mas que deseja.
- Anote o que acredita que precisa melhorar.

10.9 SESSÃO 9

Objetivo: Promover a autorregulação emocional.

Procedimento: Inicie a sessão revisando a tarefa desenvolvida ao longo da semana. Explique sobre a importância da regulação emocional. Ensine a técnica de Grounding e o uso de lembretes mentais. Atividades para a semana: praticar a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. Realizar o exercício da técnica de Grounding.

10.9.1 Regulação emocional

Todos nós vivenciamos emoções de vários tipos e tentamos lidar com elas de maneiras tanto eficazes quanto ineficazes. O verdadeiro problema não é sentir ansiedade, mas nossa capacidade de reconhecê-la, aceitá-la, usá-la quando possível e continuar a funcionar apesar dela. Quando lidamos com experiências estressantes, vivenciamos as emoções em intensidade crescente, o que, por si só, pode ser mais uma causa de estresse e intensificação das emoções.⁴⁹

Define-se desregulação emocional como a dificuldade ou inabilidade de lidar com as experiências ou processar as emoções. A desregulação pode se manifestar tanto como intensificação excessiva quanto como desativação excessiva das emoções; a intensificação de emoções que resultem em pânico, terror, trauma, temor ou senso de urgência, de forma que nos sintamos sobrecarregados e com dificuldade de tolerar tais emoções, encaixa-se nesses critérios. A desativação excessiva de emoções impede o processamento emocional e faz parte de um estilo de enfrentamento caracterizado por esquiva.⁴⁹

A regulação emocional pode incluir qualquer estratégia de enfrentamento (seja ela mal adaptativa ou adaptativa) que usamos ao confrontar a intensidade emocional indesejada.⁴⁹

10.9.2 Técnicas para promover a regulação emocional

10.9.2.1 Atenção plena ou *Mindfulness* – relaxamento ou meditação

Técnica com efeito positivo sobre os resultados de enfrentamento, amplamente utilizada, que permite que o paciente aprenda a tomar consciência das experiências internas de uma maneira mais saudável. A prática baseia-se na respiração lenta, aproveitando-se do ritmo constante e contínuo dessa atividade fisiológica, tanto para treinar a atenção quanto para o efeito do relaxamento.⁵⁰ Essa técnica é entendida como um estado psicológico de monitoramento

receptivo e cuidadoso da atenção, ou seja, quando ocorre um momento de distração da atenção.¹⁷ Ao realizar essa técnica, com exercícios de atenção na respiração, podem-se elevar os níveis de *mindfulness* (atenção). No entanto, não deve ser recomendada para participantes com sintomas intensos e frequentes de tristeza, ansiedade, raiva e medo, pessoas com histórias de traumas, abusos, perdas significativas recentes, grandes mudanças na vida ou abuso e dependência de substâncias, pela possibilidade de esses sintomas se tornarem mais fortes à medida que a prática se desenvolver.⁵¹ Deve-se ficar atento à possibilidade de os sintomas dos pacientes apresentarem piora nas primeiras semanas, ou eles acharem que “nada está melhorando”, em razão das descobertas sobre si mesmos que podem não gostar, por serem desafiados e se encontrarem diante do desconhecido. Considera-se normal tal sentimento, pelo aspecto típico de todo processo de aprendizado, porém arriscado para pacientes sintomáticos.⁵²



Sabe-se que as técnicas de relaxamento e respiração auxiliam no manejo dos transtornos ansiosos, apresentando-se como importantes técnicas para a diminuição da ansiedade. Contudo, é importante que o profissional escolha o manejo adequado, observando as limitações e as facilidades de cada paciente.⁴¹ As técnicas apresentadas têm, ainda, como benefício, o custo baixo.

Ao profissional da saúde, cabe ensinar a técnica corretamente, a fim de que o paciente domine a prática e atinja o relaxamento esperado.⁵³

O exercício de *mindfulness* da respiração tem como objetivo treinar o monitoramento da atenção. E mesmo que ocorra a distração, como sons, cheiros, pensamento, etc., o paciente deve estar ciente de que o foco definido é estar atento à respiração. Tanto quanto tentar manter a atenção na respiração, é importante perceber o momento em que ocorreu a distração.

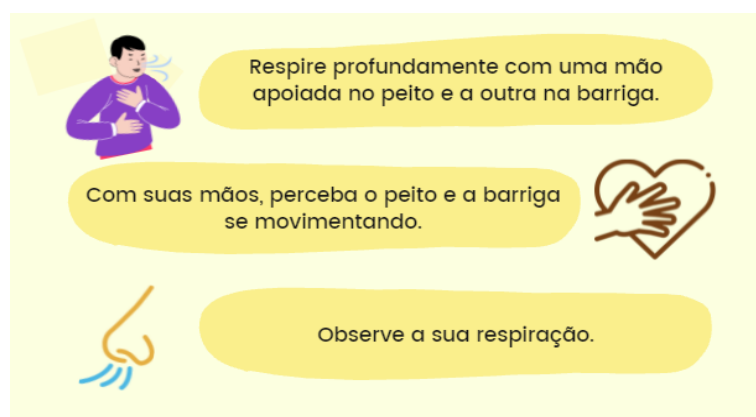
10.9.2.2 Exercício de *Mindfulness* da Respiração¹⁷

1. Encontre uma posição confortável para colocar seu corpo.
2. Você pode praticar sentado(a) em uma cadeira, deitado ou até mesmo de pé.
3. É importante manter as costas eretas, mas não sob tensão. Descanse as mãos onde for confortável, como sobre as coxas.
4. Você pode fechar os olhos ou mantê-los semiabertos, olhando para um ponto qualquer no chão.
5. Aos poucos, conforme se aquieta um pouco, tente perceber a forma de seu corpo, o seu peso.
6. Relaxe um pouco, mas sem perder a postura ereta, e torne-se curioso sobre seu corpo, focando no aqui e agora, com as sensações que experimenta de toque, de conexão com o chão ou com a cadeira. Solte um pouco as áreas de aperto ou tensão, mas não relaxe demais. Esse é um exercício de atenção, não de relaxamento. Apenas respire.
7. Aos poucos, inclua sua respiração na atenção que está tendo em relação ao corpo.
8. Não é preciso fazer algo com a respiração, apenas notá-la em seu ritmo natural.
9. Sinta o fluxo natural de ar entrando e saindo do corpo. Não é uma respiração longa, nem lenta, apenas natural.
10. Observe onde você sente sua respiração em seu corpo. Pode ser em seu abdome. Pode ser em seu peito, em sua garganta ou em suas narinas.
11. Note onde as sensações são mais proeminentes e procure manter sua atenção nesse ponto.
12. Perceba as sensações da respiração, uma respiração de cada vez. Quando uma respiração termina e quando a próxima respiração começa.
13. Enquanto tenta prestar atenção somente na respiração, você pode notar que sua mente pode começar a vagar. Você pode começar a pensar em outras coisas, ou um som de onde está pode atrair sua atenção. Se isso acontecer, não é um problema. É muito natural. Apenas perceba que sua mente vagou.
14. Em seguida, delicadamente redirecione sua atenção de volta para a respiração.
15. Fique nesse processo por 5 a 10 minutos.
16. Observe a respiração, em silêncio.
17. De tempos em tempos, você vai se perder em pensamentos ou distrações quaisquer. Não é um problema. Em seguida, retorne à sua respiração.

18. Depois de alguns minutos, mais uma vez observe seu corpo, todo o seu corpo, sentado(a) aqui e agora.
19. Aos poucos, vá finalizando essa prática e trazendo sua atenção de volta para o mundo exterior.
20. Assim que finalizar, observe como seu corpo recebeu essa prática.
21. Todas as experiências são bem-vindas. Não é necessário se sentir legal ou super-relaxado(a). Se você ficou ansioso(a) ou teve dificuldade de focar a atenção, tudo bem. Que bom que você está consciente disso. Isso é *mindfulness*. Estar consciente.

10.9.2.3 Técnica 5-4-3-2-1 ou Técnica de Grounding

Essa é uma técnica de atenção plena, também conhecida como autotranquilização, que pode ser realizada em qualquer lugar em momentos de ansiedade. Visa exercitar a conscientização para o reconhecimento do momento presente. A seguir apresentam-se os exercícios.⁵⁴



AGORA OLHE A SUA VOLTA, NO AMBIENTE ONDE VOCÊ ESTÁ E PROCURE IDENTIFICAR:

- 5** Coisas que você consegue ver. Observe-as e nomeie-as.
- 4** Coisas que você consegue tocar. Permita-se para identificá-las.
- 3** Coisas que você consegue ouvir. Observe os sons ao redor, escute-os
- 2** Coisas que você consegue cheirar. Inspire profundamente, aguçando sua percepção.
- 1** Coisas que você consiga provar. Permita-se saboreá-la.

10.9.2.4 Lembretes mentais

Oriento o paciente a, quando sentir emoções intensas, usar alguns lembretes mentais como ferramenta para ficar mais tranquilo.

- Minha ansiedade não vai durar para sempre! Vai chegar um momento que ela vai passar!
- Quando sinto uma emoção desconfortável, respiro fundo, espero passar ou tento me envolver com atividades distratoras, divertidas e produtivas até me acalmar para lidar com a situação.
- Quando me sinto inseguro se uma decisão vai ser boa ou dar problema, tento me acalmar e esperar até ter o melhor raciocínio para agir com segurança.
- Quando sinto uma emoção desconfortável, evito me acalmar com coisas que possam me prejudicar, como comer, fumar, usar substâncias, jogar, reclamar e me queixar excessivamente com as pessoas.
- Mesmo que desconfortável com as opiniões, sentimentos e condutas alheias, me esforço para acolher e até defender o direito de tê-las, quando não prejudiciais.
- Existem certas preocupações que são produtivas, mas outras são improdutivas. Se eu tenho um exame para fazer e fico ansioso, essa ansiedade está me dizendo que eu preciso me preparar para fazer da melhor forma possível e realizar assim que possível. Mas se agora eu ficar me preocupando com o resultado e o quanto pode ser grave, essa preocupação será improdutiva, pois ela vai interferir na minha emoção e comportamento.

10.10 SESSÃO 10

Objetivo: Promover o bem-estar.

Procedimento: Inicie pela revisão da tarefa: verificar como e se o paciente usou alguma técnica de autorregulação e se foi efetiva. Explique sobre a importância do bem-estar. Forneça exemplo de coisas que fazem bem. Dê instruções de como listar coisas simples ou complexas para o bem-estar. Atividade da semana: anotar outras atividades que promovam o bem-estar.

10.10.1 Técnica para promover o bem-estar

Motive o paciente a listar coisas simples ou até mesmo mais complexas que vem fazendo até hoje, ou que já poderia ter feito e não fez, para se ajudar a ficar bem ou se sentir melhor quando não está legal.⁴⁵ A seguir apresentam-se instruções ao paciente.

- Liste estratégias e habilidades que você usa ou pode usar no dia a dia para se manter bem.
- Inclua coisas que você já fez no passado ou que você escutou de alguém ou já pensou que poderiam ser úteis, ou ainda que foram recomendadas por seus amigos, familiares e profissionais de saúde e que você ache interessante experimentar.

10.10.2 Exemplos de coisas que fazem bem

Oriente os pacientes a listar técnicas ou atitudes que os fazem se sentirem bem. Você pode dar algumas sugestões ou incentivar os outros pacientes a compartilhar suas listas.

- Buscar um profissional de saúde ou profissional de referência em seu serviço.
- Conversar com um(a) colega ou amigo(a) mais próximo(a).
- Realizar técnicas corporais, de relaxamento ou massagem.
- Praticar técnicas de meditação.
- Escrever em um diário.
- Fazer atividades ou exercícios físicos.
- Escutar uma música prestando atenção na letra ou na melodia.
- Cantar.
- Fazer regularmente os tratamentos indicados.
- Fazer a respiração diafragmática.
- Outras sugestões: aqui incentive o paciente a falar sobre as coisas que proporcionam bem-estar para ele).

10.11 SESSÃO 11

Objetivo: Reduzir a vulnerabilidade à desregulação emocional.

Procedimentos: Revise a tarefa: verifique quais são as atividades que proporcionam bem-estar para os pacientes. Explique sobre a vulnerabilidade à desregulação emocional. Incentive o paciente a estruturar rotinas saudáveis. Oriente quanto às rotinas. Tarefa para realizar ao longo da semana: escrever em uma folha quais foram as rotinas que conseguiu manter.

10.11.1 Combatendo a vulnerabilidade à desregulação emocional

Algumas atitudes podem controlar os fatores que aumentam a vulnerabilidade ao descontrole emocional. Para minimizar essa vulnerabilidade, motive o paciente a praticar diariamente as atitudes descritas a seguir.

- Manter uma alimentação balanceada, com pelo menos três refeições. Procurar comer sem distrações.
- Dormir o suficiente à noite (em torno de oito horas) e não mais de 20 minutos durante o dia.
- Evitar o uso de tabaco e outras substâncias psicoativas.
- Controlar o uso de cafeína.
- Realizar atividade física.
- Usar estratégias de relaxamento e atenção plena para lidar com o estresse.
- Ficar atento aos pensamentos e às emoções.^{44,45}

Realize algumas das técnicas da sessão anterior ou apresente alguma meditação guiada. Aproveite esse momento para conversar com o paciente sobre a importância de continuar a executar todas as técnicas aprendidas e a generalizá-las para outros contextos da vida dele. Dessa forma, estimula-se a autonomia do paciente e o gerenciamento das suas emoções. Converse com o paciente sobre estarem iniciando as sessões finais e que em breve ele será seu autoterapeuta.

10.12 SESSÃO 12

Objetivo: Realizar psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento.

Procedimento: Inicie a sessão fazendo a revisão da tarefa da semana. Oriente sobre estratégias de enfrentamento. Ensine a diferença entre problema global e problema específico.

10.12.1 Estratégias de enfrentamento

As estratégias de enfrentamento, ou *coping*, são definidas como: “esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa.”⁵⁵ O evento é avaliado por um processo cognitivo no qual é identificado o que está em jogo (avaliação primária) e quais são os recursos e as opções de enfrentamento que estão disponíveis (avaliação secundária). As estratégias de enfrentamento apresentam duas funções principais: a regulação das emoções ou do sofrimento (enfrentamento focalizado na emoção) e a gestão do problema que está causando sofrimento (enfrentamento focalizado no problema). A avaliação da situação determina o processo de enfrentamento.⁵⁵

As estratégias de *coping* são divididas em oito fatores:⁵⁶

- **confronto:** caracterizado por esforços agressivos para alterar a situação, sugerindo um grau de hostilidade e risco;
- **afastamento:** representado por esforços para recusar a pensar, tentar esquecer ou criar uma perspectiva positiva sobre a situação;
- **autocontrole:** caracterizado por esforços para regular os próprios sentimentos e ações;
- **suporte social:** definido pela busca de informações, suporte tangível e apoio emocional;
- **aceitação de responsabilidade:** descreve o reconhecimento do próprio papel no problema;
- **fuga e esquiva:** caracterizado por comportamentos e esforços para escapar ou para evitar uma situação por meio de outras ações, como comer, beber, fumar, usar substâncias psicoativas e medicamentos, ou evitando contato social;
- **resolução de problemas:** representado por esforços para alterar a situação juntamente com uma abordagem analítica para resolver o problema;
- **reavaliação positiva:** definido por esforços para criar um significado positivo, concentrando-se no crescimento pessoal e manifestando um tom religioso.⁵⁶

10.12.2 Técnica para promoção da estratégia de enfrentamento adaptativa⁵⁷

Quando um evento é avaliado como condições estressantes amplas e globais, é possível dizer que se tornam difíceis de lidar, pois são descritos em termos como: sempre; em qualquer lugar; todo mundo.⁵⁷

Por exemplo: **Em qualquer lugar** onde estive, todo **mundo** que conheci **sempre** me desvalorizou.

Para que a situação seja analisada de forma mais clara, é necessário transformá-la em uma situação específica.



Veja um exemplo:

Condição global: meu relacionamento com o meu colega é ruim.

Pergunte-se:

- quem faz o seu relacionamento com o seu colega ser estressante?
- o que/quais as situações te deixam estressado(a)?
- onde esse tipo de situação te deixa mais estressado(a)?
- quando foi a última vez que isso ocorreu?

10.13 SESSÕES 13 E 14

Objetivo: Promover o uso de estratégia de enfrentamento adaptativa.

Procedimento: Revise a atividade da última sessão. Revise o conceito de situação global e específica. Realize psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento focada na emoção e no problema.

Depois de definir as situações específicas de estresse, é importante esclarecer:

- o que pode ser mudado?
- o que eu posso fazer para mudar essa situação?
- o que outra pessoa pode fazer para mudar essa situação?
- o que pode ser feito para evitar ou eliminar essa situação?
- o que não pode ser mudado?

Para pensamentos e ações direcionados aos aspectos de uma situação específica que **pode ser mudada**, você utilizará **estratégias de enfrentamento focadas no problema**, como, por exemplo, a **resolução de problemas**.

1. Faça uma lista de coisas que você pode fazer frente à situação. Não as julgue agora! Você está apenas listando. Liste o máximo possível.
2. Agora você pode avaliar cada uma das alternativas. Classifique-as de 1 a 10, em que 1 indica que essa possibilidade provavelmente não solucionará o problema, não poderá nem ser feita, ou ainda piorará as coisas e 10 indica que é uma ótima ideia, que provavelmente solucionará o problema, não demora muito para ser feita e não afetará o outro.

Observação importante: mesmo uma estratégia resolutiva, às vezes, precisa ser pensada no seu passo a passo, dividida em partes menores, elencando prioridades quanto ao que fazer primeiro, se necessário.

3. Agora vamos testar a melhor ideia. Em outras palavras, execute-a!
4. Ela funcionou? Não? Tente a segunda melhor.
5. Repita os passos 3 e 4 até o problema ser resolvido ou melhorado.

Lista de Opções	Nota de 1 a 10	Testar a melhor ideia

Em situação de estresse que **não pode ser modificada** você utilizará **estratégias de enfrentamento focadas na emoção**, ou seja, **pensamentos ou ações** que **auxiliem na regulação das emoções** e alívio do sofrimento, como: uso do humor, minimizar o problema, desviar a atenção, fazer exercícios físicos, relaxar, meditar, olhar o lado positivo, entregar os problemas na mão de Deus, rezar, fingir que nada aconteceu, dormir mais que o normal, criticar-se, descontar a raiva em outras pessoas, esperar por um milagre, concordar com os fatos.

Como fazer?

- Gerar opções: você mesmo pode fazer uma “tempestade de ideias” com outra pessoa. Geralmente, ajuda a ver uma maior variedade de opções, incluindo algumas soluções engraçadas.
- Antecipar os resultados/efeitos/consequência: você pode olhar as vantagens e os custos de cada opção. A opção “se ajusta” ao problema? Terá o efeito pretendido ou não? Poderá me trazer algum prejuízo? Para que a estratégia seja adaptativa é importante escolher uma ideia que ajudará a minimizar o sofrimento sem causar novos prejuízos.
- Ordenar as opções: ordene as opções hierarquicamente, de acordo com a sua preferência.

Opções Tempestade de ideia	Antecipar o resultado/efeito/ consequência	Ordene as opções

Lembre-se: o enfrentamento focado na emoção auxilia a se sentir melhor. Portanto, essas estratégias não o ajudam a resolver um problema em particular, mas, sim, a encará-lo.

Atividade:

- durante a semana, preste atenção às situações vividas por você;
- tente usar o enfrentamento focado no problema para os aspectos que podem ser mudados, praticando a resolução de problemas e o enfrentamento focado na emoção para os aspectos que não podem ser mudados, usando estratégias para a regulação da emoção e do sofrimento causado pela situação.

10.14 SESSÃO 15

Objetivo: Desenvolver resiliência.

Procedimento: Revise a atividade da semana. Realize psicoeducação sobre resiliência. Oriente sobre medidas para aumentar a resiliência.

10.14.1 Resiliência

A resiliência é compreendida como competência à adaptação individual para ultrapassar com sucesso o estresse e as adversidades. Está relacionada à vulnerabilidade e aos fatores de

proteção, por meio dos quais há uma mudança na resposta do indivíduo frente a uma situação de risco em sentido adaptativo.⁵⁸

Os estudos relacionados à compreensão desse construto ainda se mostram recentes, com inúmeras lacunas e controvérsias conceituais.^{59,60}

Compreendida como traço, a resiliência é definida como recursos pessoais ou características de personalidade estáticas e positivas que melhoram a adaptação individual. Além disso, vem sendo compreendida como um resultado da adaptação psicológica (saúde mental, bem-estar, qualidade de vida).⁶¹ Também é compreendida como um estado, ou seja, um conjunto de características pessoais e ambientais associadas ao desenvolvimento saudável incorporando competência emocional, social e de orientação para o futuro. Ou, ainda, compreendida como um processo dinâmico, ou seja, a resiliência não pode ser considerada como um escudo protetor, pois o indivíduo não se torna rígido e resistente a todas as adversidades. No entanto, a resiliência pode ser desenvolvida quando estimulada.⁶²⁻⁶⁵

A resiliência é mediada por fatores de risco e proteção. Os fatores de risco aumentam a probabilidade de respostas negativas em situações adversas: negligência afetiva, abuso, violência doméstica, baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, perda de uma pessoa significativa, entre outros.^{58,66}

Os fatores de proteção aumentam a capacidade para lidar com situações de estresse e conflito: relação familiar afetiva, autonomia e iniciativa, busca de auxílio, habilidade para resolver problemas, comunicação adequada, uso de estratégias de enfrentamento (*coping*) adaptativas, autoconceito positivo, crença religiosa, sistema de apoio na comunidade.^{61,67-73}



Medidas para Aumentar a Resiliência

- 1) Desenvolver um **comprometimento com a mudança**.
- 2) Manter o foco na resiliência - na capacidade de **aprender a lidar** com os problemas - não apenas na solução do problema em si.
- 3) Desenvolver uma imagem pessoal positiva e que você possa construir continuamente na vida real.
- 4) Identificar evidências de resiliência em eventos do dia a dia.
- 5) Identificar a sua volta pessoas resilientes como fonte de aprendizado e inspiração.
- 6) Criar situações de desafio para você mesmo/a, que testem e treinem a sua resiliência.
- 7) Usar o humor para modificar a perspectiva das coisas.
- 8) Celebrar as resiliências criadas e descobertas.

Figura 4 – Medidas para aumentar a resiliência
Fonte: Viana et al.⁷⁴

10.15 SESSÃO 16

Objetivo: Avaliar os ganhos terapêuticos e a generalização para outras áreas da vida para prevenir recaídas.

Procedimento: Revise a atividade da semana. Realize uma retomada breve sobre o que foi trabalho no processo terapêutico. Combine a manutenção do enfrentamento das situações de ansiedade, independentemente do acompanhamento em grupo. Avalie o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.777, de 09 de setembro de 2003 [Internet]. Diário Oficial da União, 9 set. 2003 [acesso em 2020 dez 6]. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>
2. Alves Valim EM, Lombardi Daibem AM, Saad Hossne W. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. Rev bioét [Internet]. 2018;26(2):282-90. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018262249>
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 2020 dez 4]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
4. Souza IM, Machado-de-Sousa JP. Brazil: World leader in anxiety and depression rates. Braz J Psychiatry. 2017;39:384.

5. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. informe sespas 2020. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2020;34:20-26.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
6. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2014 [acesso em 2021 set 18];63(4):360-72. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/L3j6bTTtvSK4W9Npd7KQJNB/abstract/?lang=pt>
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 [Internet]. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014 [acesso em 2021 ago 2]. Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
8. Quevedo J, Izquierdo I, organizadores. Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 2019.
9. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. Nat. Rev. Dis. Primers [Internet]. 2017 May;3(1).
<https://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
10. Maria MLS, Costa RF. Ansiedade e depressão em detentos. unifunec ciências da saúde e biológicas [Internet]. 2020 Dec 21 [acesso em 2021 set 11];3(6):1-11. Disponível em:
<https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/view/4093>
11. Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. Physis: Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2020;30(3).
<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300325>
12. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2014 [acesso em 2021 set 18]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html
13. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 jul 1 [acesso em 2021 set 18];21(7):1999-2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/csc/a/MztrXvhhdHyWD8GNn8hfT4h/>
14. Oliveira TMLD. Saúde mental e cuidado de enfermagem em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2019.
15. Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Brazilian J Psychiatr [Internet]. 2004;26(suppl.):28-32. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500008>

16. Rangé B. Psicoterapias cognitivas comportamentais – um diálogo com a psiquiatria. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
17. Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
18. Videbeck SL. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
19. Peplau HE. Interpersonal relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing. Kingdon: MacMillan Educacion; 1988.
20. Forchuck C, Brown B. Establishing a nurse-client relationship. J. Psychosoc. Nurs [Internet]. 1989;27(2):30-4. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19890201-10>
21. Zimmerman DE. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Vínculo. 2007;4(4):1-16.
22. Heldt E, Cordioli AV, Knijnik DZ, Manfro GG. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. P. 317-40.
23. Rangé B, Silveiras EFM. Avaliação e formulação de casos clínicos adultos e infantis. In: Rangé B. Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001. P. 79-100.
24. Wenzel A. Inovações em terapia cognitivo-comportamental: intervenções estratégicas para uma prática criativa. Porto Alegre: Artmed; 2018.
25. Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32:50-5.
26. Magliulo G, Bertin S, Ruggieri M, Gagliardi M. Benign paroxysmal positional vertigo and post-treatment quality of life. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020 Aug; 262(8):627-30.
27. Stoppe A. Observational study of alprazolam in the treatment of anxiety. Rev Bras Med. 2004 Mar;61(3):141-9.
28. Vanzeler MLA. Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: instrumentos utilizados no Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento [Internet]. 2020 out [acesso em 2021 ago 12];13(10):100-20. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados>
29. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. P T [Internet]. 2013 Jan [acesso em 2020 dez 4];38(1):30-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23599668/>
30. Craske MG, Stein MB. Anxiety. The Lancet [Internet]. 2016;388:3048-59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
31. 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*. 2009 Nov 1;27(1):9-16.
32. Strine TW, Mokdad AH, Balluz LS, Gonzalez O, Crider R, Berry JT, et al. (2008). Depression and anxiety in the United States: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance system. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2008;59(12):1383-90. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1383>
 33. Coughle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res*. 2009 Jun 1;43(9):825-9.
 34. Nepon J, Belik S-L, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depress Anxiety*. 2010;27(9):791-8.
 35. Leahy RL. *Livre da ansiedade*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 36. Lantyer ADS, Varanda CC, Souza FG de, Padovani RDC, Viana MDB. Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. *Rev Bras Ter Comport e Cogn*. 2016 Nov 24;18(2):4-19.
 37. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Norman RE, Flaxman AD, Blore J, et al. The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2014 Dec 1;23(4):422-38. <http://doi.wiley.com/10.1002/mpr.1444>
 38. Crystina K, Walquiria PL. Transtorno de ansiedade: anxiety disorder. *Rev Iniciação Científica e Extensão*. 2018;1(1):45-50.
 39. Clark DA, Beck AT. Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental - tratamentos que funcionam: manual do paciente [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2014 [acesso em 2021 Sep 18]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5276033/mod_resource/content/1/Vencendo%20a%20ansiedade%20PDF.pdf
 40. Assunção WC, Ferreira da Silva JB. Aplicabilidade das técnicas da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de depressão e ansiedade. *Rev Educ Psicol e Interfaces* [Internet]. 2019 Mar 12;3(1):77-94. <https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v3i1.113>
 41. Willhelm AR, Andretta I, Ungaretti MS. Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade Importance of relaxation techniques in cognitive therapy for anxiety. *Context Clínicos* [Internet]. 2015;8(1):79-86. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>
 42. Padesky CA, Greenberger D. *Guia de terapia cognitivo-comportamental para o terapeuta: a mente vencendo o humor*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
 43. Vera MN, Vila J. Técnicas de relaxamento. In: Caballo VE, organizador. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. 2.ed. São Paulo: Santos Editora; 2002. P. 147-65.

44. Poubel L, Rodrigues P. Manual cognitivo-comportamental de habilidades psicológicas. 2.ed. Rio de Janeiro: Letras e Versos; 2019.
45. Linchan MM. Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2018.
46. Beck J. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
47. Greenberger D, Padesky CA, Rángé B. A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
48. Fortim I, Spaccaquerche ME. Orientação profissional: passo a passo. 2.ed. São Paulo: Editora Paulus; 2009.
49. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed; 2013.
50. Rahal GM. Atenção plena no contexto escolar: benefícios e possibilidades de inserção. *Psicol Esc e Educ SP* [Internet]. 2018;22(2):347-58. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018010258>
51. Sopezki D, Tatton T, Barros V. Mindfulness. Rio de Janeiro: Alta Books; 2021.
52. Santorelli S, Florence MM, Lynn K. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Authorized Curriculum Guide. Massachusetts: UMASS; 2017.
53. Neves Neto AR. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2011;56(3):158-68.
54. Gusmão EES, Guerra VM, Cacciari MB, Baumel SW, Almeida GSS. Ansiedade e Depressão. Cartilha do Curso de Extensão Psicologia da Felicidade e do Bem-estar. 2.ed. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2021.
55. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
56. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(3):571-9.
57. Chesney MA, Chambers DB, Taylor JM, Johnson LM, Folkman S. Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosom Med* [Internet]. 2003 [acesso em 2021 Sept 23];65(6):1038-46. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14645783/>
58. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987;57:316-31.
59. Reppold CT, Mayera JC, Almeida LS, Hutz CS. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2012;25(2):248-55.

60. Oliveira KS, Nakano TC. Avaliação da resiliência em Psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. *Revista Psicologia em Pesquisa* [Internet]. 2018 abr 26;12(1):73-73. <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200100283>.
61. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci* [Internet]. 2015;38:e92. <http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X1400082X>
62. Leipold B, Greve W. A conceptual bridge between coping and development. *Eur Psychol*. 2009;14(1):40-50.
63. Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clin. Psychol. Psychother* [Internet]. 2012 [acesso em 2021 set 4];19(4):283-90. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpp.1795>
64. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 2;2017(2).
65. Wesner AC, Behenck A, Finkler D, Beria P, Guimarães LSP, Manfro GG, et al. Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Arch. Psychiatr. Nurs* [Internet]. 2019 Aug;33(4):428-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>.
66. Bowes L, Jaffee SR. Biology, genes, and resilience. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2013 May 6;14(3):195-208. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838013487807>.
67. Johnston MC, Porteous T, Crilly MA, Burton CD, Elliott A, Iversen L, et al. Physical disease and resilient outcomes: a systematic review of resilience definitions and study methods. *Psychosomatics* [Internet]. 2015;56(2):168-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2014.10.005>
68. Kent M, Davis MC. Resilience training for action and agency to stress and trauma: becoming the hero of your life. In: Kent M Davis MC, Reich JW, editors, *The resilience handbook: approaches to stress and trauma*. London: Routledge/Taylor & Francis Group; 2014. P. 227-44.
69. Mancini AD, Bonanno GA. Predictors and Parameters of Resilience to Loss: toward an individual differences model. *J Pers* [Internet]. 2009 Dec;77(6):1805-32. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x>
70. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* [Internet]. 2012 Oct 4;338(6103):79-82, 4 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1222942>
71. Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2019 June;68(12):2190-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.043>

72. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2013;128(1):3-20. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12095>
73. Sapienza JK, Masten AS. Understanding and promoting resilience in children and youth. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2011 July;24(4):267-73. <http://dx.doi.org/10.1097/ycp.0b013e32834776a8>.
74. Viana ACW. Avaliação da resposta ao acréscimo de estratégias de coping e resiliência na terapia cognitivo-comportamental em grupo para paciente com transtorno de pânico [tese de doutorado] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018 [acesso em 2021 set 20]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178252/001065711.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5.4 PROTOCOLO

Para a elaboração deste protocolo foram realizados dois relevantes estudos, conforme informações citadas anteriormente: uma revisão sistemática para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para indivíduos com transtorno de ansiedade e uma revisão integrativa para identificar as intervenções terapêuticas realizadas para transtornos de ansiedade, cujas questões norteadoras foram elaboradas a partir do acrônimo PICo (P: paciente; I: intervenção; O: desfecho), conforme já demonstrado nos Quadros 1 e 3.

Para a confecção do protocolo, fez-se necessário analisar, dentre as intervenções evidenciadas nos estudos realizados para a redução da ansiedade, as que melhor se adaptam ao ambiente prisional e às necessidades do público-alvo.

O produto será apresentado a seguir.

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL**

Organização

Roslaine Ifran Amaral
Ana Cristina Wesner Viana

Porto Alegre
2021

Roslaine Ifran Amaral

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE EM UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL**

Material Elaborado na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como produto do Mestrado Profissional em Enfermagem para Unidade Básica de Saúde do Sistema Prisional

Porto Alegre

2021

Catálogo na Publicação

Amaral, Roslaine Ifran

Tecnologias assistenciais para o cuidado de enfermagem a pacientes com transtorno de ansiedade em unidade de saúde prisional / Roslaine Ifran Amaral. -- 2021.

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

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Orientador(a): Ana Cristina Wesner Viana ;
coorientador(a): Adriana Aparecida Paz.

1. Transtornos de ansiedade. 2. Enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Terapêutica. 5. Protocolos. I. Título.

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

Dedico esta obra a minha mãe Elzira Wesner Viana (in memoriam), que sempre incluiu as pessoas privadas de liberdade em suas orações. (Ana Cristina Wesner).

Aos profissionais de saúde do sistema penitenciário, que são capazes de encontrar em si a vontade de redesenhar a assistência em saúde. (Roslaine Ifran Amaral).

“Um mimo é um dom. Uma dádiva. Um agrado. Uma graça. Um mimo não é nada. Mas pode ser muito. Não tem cálculo. Nem intento. Não é pensado. E, contudo: escolhido a dedo. Um mimo é generoso, gentil e delicado. Uma jóia rara. (Mas não cara). Pra alguém que faz anos. Ou sofreu desenganos. Mas também a pretexto de nada. Simplesmente porque você gostou. E lembrou de alguém que gostaria. Porque você botou o olho e pensou: é isso! Um mimo não é um objeto de desejo. Porque não é pra si. É pra outrem. E não é pra ostentar. É pra dar. Discretamente. Na cumplicidade de uma amizade. Ou na clandestinidade de um amor. Não é pra guardar como tesouro. Porque não é pra dentro, mas pra fora. E não é da ordem da usura, mas da generosidade. É gratuito. Não espera nada em troca. Mas sem que você o saiba, acaba depositado. No fundo perdido do dom universal. Até que um dia, do nada, quando menos esperava, você recebe um. E o circuito se completa, mas também recomeça. E a lei do mimo se cumpriu. Quem mima mimado será.”

(Do livro de Virgínia Wolf *O sol e o peixe*. As palavras de Tomaz Tadeu nos tocaram profundamente, pois representam a nossa proposta, quando desejamos que o profissional de saúde, ao realizar o acolhimento, possa, além de ser acolhedor, proporcionar e receber afetividade).

EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO

Organizadores

Roslaine Ifran Amaral – Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família e Especialista em Gestão em Saúde no Sistema Prisional. Coordenadora do Setor de Exames do Instituto Psiquiátrico Forense – Maurício Cardoso. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre/RS. Atuação em todas as etapas, do início até a elaboração do protocolo assistencial. Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST/UFCSPA).

Ana Cristina Wesner Viana – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psiquiatria pela Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre na linha de pesquisa: redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem. Possui cursos de formação/extensão universitária em: Educação Emocional Positiva, Psicologia Positiva, Psicologia da Felicidade e do Bem-estar, Terapia Cognitiva-Comportamental, Psicologia Social, Eventos Agudos em Saúde Mental, Distúrbios Emocionais e Comportamentais do Cliente, Treinamento de Habilidades Psicológicas e Treino de Habilidades em Terapia Comportamental Dialética. Membro do Programa de Transtorno de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTAN/HCPA) e do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST/UFCSPA).

Colaboradores

Luiza Carolina Mendes Flores – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Bolsista de iniciação científica.

Luiza Kowalczyk – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Bolsista de iniciação científica.

Juliana dos Santos Barbosa – Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Atua na iniciação científica como voluntária.

Fernanda Cirne Lima Weston – Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Adriana Aparecida Vaz – Enfermeira. Doutora, Mestre e Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Atua nos Cursos de Bacharelado em Enfermagem e Informática Biomédica e no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem. Vice-coordenadora do Projeto Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS/UFCSPA). Líder do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança o Trabalho (TeGEST/UFCSPA). Membro da Rede Internacional de Enfermería en Salud Ocupacional (RedenSO). Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS). Pesquisadora na área de Enfermagem, com ênfase em Educação em Enfermagem e para a Saúde; Tecnologias e inovação em saúde e enfermagem; Saúde digital; Gestão nos serviços de enfermagem e saúde; Vigilância em saúde; Atenção primária à saúde; Saúde e segurança no trabalho; e Fundamentos da Assistência de Enfermagem. Participou na elaboração da trajetória metodológica, revisão dos resultados e do protocolo assistencial.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Protocolo para Revisão Sistemática	15
Figura 2 – Protocolo para Revisão Integrativa	17
Figura 3 – Exemplo de cálculo da pontuação dos domínios do AGREE II	20
Figura 4 – Fluxo de assistência	21
Figura 5 – Escala de Ansiedade de Hamilton	23
Figura 6 – Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtornos de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGREE II	Advancing Guideline Development, Reporting and Evaluation in eHealth Care
EABp	Equipe de Atenção Básica prisional
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
PEFMP	Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier
PROPERO	Prospero Register of Systematic Reviews
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
TA	Transtornos de Ansiedade
TCC	Tecapia Cognitivo-Comportamental
TeGEST	Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança do Trabalho
UBSP	Unidade Básica de Saúde Prisional
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
3	DESENVOLVIMENTO	14
3.1	DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM ASSISTENCIAL	14
3.1.1	1ª Fase – Revisão Sistemática	14
3.1.2	2ª Fase – Revisão Integrativa	16
3.1.3	3ª Fase – Elaboração do Protocolo Assistencial	18
4	INDICADOR DE RESULTADOS	21
4.1	FLUXO DE INFORMAÇÕES QUE AUXILIARÃO NA TOMADA DE DECISÕES.....	21
4.2	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE	22
4.3	INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	23
4.4	VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL	27
4.5	CONFLITO DE INTERESSES	28
4.6	LIMITAÇÕES	28
4.7	REVISÃO DO PROTOCOLO	28
4.8	PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO, VALIDAÇÃO E INDICADORES DE RESULTADOS	29
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	32
	ANEXO A – FORMULÁRIO AGREE II	33
	ANEXO B – INSCRIÇÃO PROSPERO	41

1 INTRODUÇÃO

O sistema prisional do Rio Grande do Sul possui, em sua totalidade, 42.912 pessoas privadas de liberdade, sendo 2.291 mulheres, que cumprem condenação em regime provisório, fechado ou prisão domiciliar. Especificamente na capital, Porto Alegre, encontra-se a Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier (PEFMP), que conta atualmente com 278 mulheres privadas de liberdade, as quais apresentam, em sua maioria, delitos ligados a tráfico de drogas, estelionato e furtos.¹

Desde o ano de 2011, quando foram implementadas as Equipes de Atenção Básica prisional (EABp) nos estabelecimentos prisionais do Rio Grande do Sul, a Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP) da Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier (PEFMP) se tornou referência para assistência às mulheres com doenças agudas e crônicas, gestantes e parturientes, devido à sua logística para acesso às redes de saúde municipal e estadual, além da disposição de uma equipe de saúde especializada. A UBSP-PEFMP possui gestão compartilhada entre o município de Porto Alegre e a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) e conta com todo o aporte medicamentoso, de insumos, sistema informatizado e total autonomia no gerenciamento dos agendamentos de consultas eletivas.²

A demanda de atendimentos na UBSP-PEFMP é estreitamente associada aos problemas relacionados à saúde mental, e umas das principais intercorrências são os transtornos de ansiedade. Esses transtornos são caracterizados por excessiva sensação de medo,⁴ sendo considerados mundialmente como as doenças psiquiátricas mais comuns, com um total estimado de 264 milhões de pessoas com possível diagnóstico.⁴ Ainda, apresenta alta prevalência na região das Américas, com 7,7% da população feminina afetada, englobando o Brasil nessa estatística.⁴

A experiência profissional como enfermeira assistencial na UBSP-PEFMP, desde 2015, despertou, então, a necessidade de promover uma assistência de enfermagem qualificada em saúde mental para as mulheres privadas de liberdade, para minimizar o sofrimento emocional por meio da prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e promoção da qualidade de vida.

Diariamente, na UBSP-PEFMP, a enfermagem atende demandas referentes à saúde mental, totalizando em torno de 24% de todas as necessidades de atenção à saúde dessas mulheres. Muitas delas apresentam sinais e sintomas relacionados à ansiedade, que quando não tratados, tendem à cronicidade. A ansiedade pode reduzir a produtividade e aumentar taxas de morbimortalidade e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas. Esses desfechos realçam ainda mais a importância de ofertar um tratamento às mulheres do sistema prisional.⁵⁻⁸

No cotidiano da UBSP-PEFMP, avaliam-se como principais problemas para assistência aos transtornos de ansiedade dessas mulheres: número reduzido de profissionais para assistência psicológica, inexistência de grupos terapêuticos, ausência de um instrumento técnico que forneça diretrizes para a prática profissional do enfermeiro no atendimento à saúde mental, uso excessivo de medicações psicotrópicas e elevado quantitativo de encaminhamentos para avaliação psiquiátrica.

Diante do que foi problematizado da prática cotidiana da UBSP-PEFMP e da necessidade de qualificação do processo de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos, foram realizadas, pelas autoras, para a produção deste protocolo, duas revisões: 1) Revisão sistemática com metanálise para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros no tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade. Os resultados obtidos demonstraram que as intervenções realizadas por enfermeiros apresentaram eficácia em curto e longo prazos na redução do nível de ansiedade e/ou remissão dos sintomas e na melhora clínica de sintomas relacionados às comorbidades; 2) Revisão integrativa para identificar as intervenções terapêuticas realizadas para transtornos de ansiedade. As intervenções terapêuticas encontradas foram: Psicoeducação; Atenção Plena; Terapia Comportamental Baseada em Evidências; Relaxamento Aplicado; TCC transdiagnóstica; Terapia comportamental dialética; Técnicas de atividade positiva; TCC individual e em grupo; Técnica de transcendência intervenção multifacetada de base espiritual; Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais; Protocolo de Intervenção de Atividade Positiva; e Arteterapia. A Atenção Plena e a Psicoeducação foram as intervenções mais citadas entre os estudos. A pesquisa demonstrou que as intervenções terapêuticas realizadas por profissionais de saúde, com ou sem especialização em saúde mental, trazem benefícios significativos para a diminuição dos sintomas nos transtornos de ansiedade. Ambas as revisões possibilitaram identificar as melhores práticas de cuidado ao paciente com transtorno de ansiedade para a construção desse protocolo. As revisões foram encaminhadas para publicação.

Visto que a enfermagem no Brasil se consolidou na atenção à saúde, ocupando importante posição e exigindo uma busca constante pela qualidade do cuidado, os protocolos se apresentam como tecnologias e instrumentos que estabelecem diretrizes norteadoras e qualificação nas práticas desses profissionais.⁹ O protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência no cotidiano, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo profissionais nas tomadas de decisões de assistência para prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.¹⁰ Os protocolos assistenciais

possuem diretrizes que objetivam orientar e qualificar a assistência prestada aos indivíduos que apresentam questões de saúde mental, as quais necessitam de atendimento continuado no sistema de saúde.¹¹

Assim, acredita-se que, mediante o desenvolvimento de um protocolo assistencial baseado, fundamentalmente, em evidências, norteado pela prática clínica do enfermeiro, seguindo os princípios éticos e legais da profissão, em políticas públicas, normas institucionais no âmbito das quais o produto será utilizado, seja possível qualificar a assistência psicossocial à saúde da pessoa privada de liberdade com transtornos de ansiedade, visando à diminuição de sintomas e prejuízos ou agravos à saúde, bem como evitando a elevação de custos em decorrência da necessidade de consultas especializadas e do uso de medicamentos.

Um planejamento baseado em evidências científicas, proporciona ao enfermeiro maior segurança nas tomadas de decisões, possibilitando, ainda, criar indicadores secundários aos resultados e efetividade dessas intervenções para posterior contribuição científica na área e para as adequações dessas práticas nesse local.¹²

Para uma assistência adequada, a implantação dos protocolos é de suma importância. Dessa forma, este protocolo estruturado para assistência de pacientes com TA, dentro do sistema prisional, visa facilitar a operacionalização do processo de enfermagem em saúde mental e assistência psicossocial da pessoa privada de liberdade com TA, não somente para a PEFMP, mas abre a possibilidade de ser disponibilizado a outros estabelecimentos prisionais.

O Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtornos de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional se coloca como uma ferramenta de apoio à decisão de assistência à saúde mental realizada pela EABp. É um processo de gestão que tem por objetivo estabelecer qualidade para o atendimento dos usuários de saúde mental que acessam à UBSP e também definir o recurso assistencial mais adequado a cada caso. Portanto, objetiva transmitir as informações técnicas para nortear a aplicabilidade do gerenciamento do cuidado, a tomada de decisões e a organização das etapas processuais em saúde mental, especificamente relacionadas aos transtornos de ansiedade. O protocolo busca promover apoio para que a EABp avalie a intervenção mais adequada a cada caso, qualificando o planejamento e a execução de ações para o trabalho multidisciplinar.

Este protocolo está vinculado à linha de pesquisa “Redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) e à linha “Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem” do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST) da mesma Instituição.

2 OBJETIVOS

- Estruturar a assistência psicossocial à saúde da pessoa privada de liberdade com transtornos de ansiedade.
- Orientar intervenções terapêuticas às pessoas privadas de liberdade com transtornos de ansiedade.
- Definir e desencadear a resposta mais indicada a cada caso: investigação diagnóstica e plano terapêutico.
- Promover assistência para diminuição de sintomas de transtornos de ansiedade e prejuízos ou agravos à saúde.
- Evitar a elevação de custos em decorrência da necessidade de consultas especializadas e do uso de medicamentos.

3 DESENVOLVIMENTO

Para a elaboração deste protocolo assistencial, delineou-se uma pesquisa metodológica e de desenvolvimento tecnológico em saúde realizada por meio de uma revisão sistemática e uma revisão integrativa, a fim de identificar as melhores recomendações referentes às intervenções terapêuticas utilizadas para pacientes com transtornos de ansiedade. Na área de saúde, os protocolos ou manuais definem um padrão de atendimento com base em evidências, servem de modelos de orientação e podem ser aplicados com flexibilidade, mas com fidelidade, ou seja, os componentes cognitivos e/ou comportamentais do tratamento podem ser ajustados e modificados.¹⁰ Para isso, os profissionais precisam ter habilidades clínicas, além de conhecimento das estratégias e das intervenções para fazer os ajustes necessários, tornando o protocolo adequado a uma população específica.¹⁰

3.1 DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

A construção deste protocolo assistencial acerca dos cuidados de enfermagem ao paciente com transtorno de ansiedade foi composta por três fases: 1) revisão sistemática para avaliar a qualidade das evidências das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para indivíduos com transtorno de ansiedade; 2) revisão integrativa para identificar as intervenções terapêuticas realizadas para transtorno de ansiedade; 3) desenvolvimento do protocolo assistencial de acordo com as orientações do Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem¹⁰ e em conformidade com o instrumento *Advancing Guideline Development, Reporting and Evaluation in Health Care* (AGREE II).^{3,13}

3.1.1 1ª Fase – Revisão Sistemática

A revisão sistemática, intitulada *Eficácia e Efetividade das Intervenções Terapêuticas Realizadas por Enfermeiros para Transtornos de Ansiedade: uma Revisão Sistemática*, foi realizada conforme o protocolo de revisão sistemática e as Diretrizes de Revisões Sistemáticas de Intervenções Terapêuticas do Ministério da Saúde.¹⁴ O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da evidência das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros na assistência de indivíduos com transtornos de ansiedade. Foram realizadas buscas de publicações indexadas nas bases de dados eletrônicas PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde e Web of Science e nos periódicos Nurse Media: Journal of Nursing, Evidence-Based Nursing e Archives of Psychiatric

Nursing. Foram analisados os títulos, resumos e artigos na íntegra por duas avaliadoras independentes. Realizou-se a análise da qualidade da evidência através do sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE).¹⁵ O protocolo de revisão sistemática foi registrado no *Prospero Register of Systematic Reviews* (Prospero) CRD420202939 (Anexo B). Foram incluídos seis artigos. Os estudos demonstraram que as intervenções realizadas por enfermeiros foram efetivas ($d=0,44$). A efetividade foi demonstrada tanto em intervenções de cunho individual quanto por meio da realização de grupos. Os resultados deste estudo indicam que intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros são benéficas aos indivíduos portadores de transtornos de ansiedade, com diminuição significativa dos níveis de ansiedade e do uso de medicamentos, além de melhora no autocontrole e remissão dos sintomas de ansiedade. Corroborando estudos anteriores, que apresentaram que intervenções realizadas por enfermeiros comumente apresentam reduções nos níveis de ansiedade em conjunto com a redução principalmente dos sintomas depressivos.¹⁶⁻¹⁸

Na Figura 1 apresenta-se o roteiro de pesquisa, intitulado *Protocolo para Revisão Sistemática*, realizado pelas autoras.

Objetivos	Identificar na literatura a existência de estudos primários que proponham métodos para a avaliação da eficácia e efetividade das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros no tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade.
Questão de Pesquisa	As intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros são eficazes e efetivas na diminuição dos sintomas de ansiedade? Verificar se essa questão já foi respondida nas seguintes bases de dados: Cochrane Library, Biblioteca Cochrane, disponível na BVS, Centre for Reviews and Dissemination (CRD) e Clinical Queries no PubMed.
Crítérios de seleção de fontes	Busca de artigos de interesse nas bases de dados indexadas e em periódicos de interesse.
Métodos de busca de fontes	Por meio do uso de palavras-chaves previamente definidas, as buscas por artigos de periódicos deverão ser realizadas via web.
Descritores, entre termos e operadores booleanos	(therapeutics OR therapeutic OR therapy OR therapies OR treatment OR treatments) AND (nurses OR nursing) AND "anxiety disorders" AND (randomized controlled trial OR controlled clinical trial OR clinical trial OR clinical trials OR "clinical trial" OR comparative study OR observational study OR trials OR random allocation OR double-blind method OR single-blind method OR placebo OR placebos OR random* OR follow-up studies OR prospective studies OR control* OR prospective OR volunteer)
Listagem de fontes	• PubMed • BVS • Web of Science • Nurse Media • Journal of Nursing • Evidence-Based Nursing • Archives of Psychiatric Nursing
Tipo de artigos	Artigos com texto disponível na íntegra (<i>Free full text</i>) Pesquisa realizadas nos últimos 20 anos
Idioma(s) dos artigos	Inglês, espanhol e português.
Crítérios de inclusão	1) ser estudo de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não); 2) envolver apenas adultos (18 a 65 anos);

	3) possuir diagnóstico clínico ou estruturado de um transtorno de ansiedade.
Critérios de exclusão	1) estudos sem intervenção; 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 o mínimo de 50% de participação do indivíduo na intervenção; 6) estudos com amostra duplicada; 7) estudos com amostra inferior a 10 sujeitos; 8) estudos de seguimento de artigos já incluídos.
Critérios de qualidade dos estudos primários	
Critérios de qualidade dos estudos primários	Ter sido publicado em periódico com revisão por pares.
Processo de seleção dos estudos primários	
Estratégia de extração de informação	Serão preenchidos formulários de extração de dados para cada texto considerado válido para a RS, lido integralmente. Além das informações básicas (dados bibliográficos, data de publicação, abstract, entre outras), esses formulários deverão conter a síntese do trabalho, redigida pelo pesquisador que conduzirá a RS e reflexões pessoais deste a respeito do conteúdo e das conclusões do estudo.
Sumarização dos resultados	Com os resultados obtidos, deverá ser redigido um relatório que descreve sinteticamente o conteúdo da RS. Análises qualitativas e quantitativas, com relação aos trabalhos pesquisados e suas conclusões, também deverão ser realizadas.

Figura 1 – Protocolo para Revisão Sistemática

Os resultados deste estudo indicaram que intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros, em especial a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), são benéficas aos indivíduos portadores de transtornos de ansiedade, evidenciando melhora significativa na diminuição dos níveis de ansiedade, redução do uso de medicamentos, melhora no autocontrole e remissão dos sintomas relacionados aos transtornos de ansiedade e comorbidades.

3.1.2 2ª Fase – Revisão Integrativa

A revisão integrativa intitulada *Intervenções Terapêuticas Utilizadas no Tratamento para Transtornos de Ansiedade: uma Revisão Integrativa* foi realizada por meio de uma sinopse da literatura, com base em um conceito específico ou área temática do conteúdo, gerando síntese, análise e conclusões.¹⁹ O estudo teve como objetivo identificar as intervenções terapêuticas utilizadas no tratamento dos transtornos de ansiedade. Foram realizadas buscas de publicações indexadas em três bases de dados eletrônicas, no período de janeiro a março de 2021. Analisaram-se os títulos e os resumos, e a leitura dos artigos foi realizada na íntegra por duas avaliadoras independentes, os quais foram classificados por nível de evidência proposto pelo Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Essa análise resultou em 27 estudos, nos quais foram observadas as seguintes intervenções terapêuticas: Psicoeducação; Atenção Plena; Terapia Comportamental Baseada em Evidências; Relaxamento Aplicado; TCC

transdiagnóstica; Terapia comportamental dialética; Técnicas de atividade positiva; TCC individual e em grupo; Técnica de transcendência intervenção multifacetada de base espiritual; Protocolo Unificado para Tratamento Transdiagnóstico de Transtornos Emocionais; Protocolo de Intervenção de Atividade Positiva; e Arteterapia. O estudo concluiu que, entre as intervenções terapêuticas utilizadas para o tratamento dos transtornos de ansiedade, evidenciaram-se a Atenção Plena e a Psicoeducação como as intervenções de maior escolha entre os estudos.

Na Figura 2 apresenta-se o roteiro de pesquisa, intitulado *Protocolo para Revisão Integrativa*, realizado pelas autoras.

Objetivos	Identificar na literatura a existência de estudos primários que proponham métodos para intervenções terapêuticas para transtorno de ansiedade.
Questão de Pesquisa	Quais intervenções terapêuticas estão sendo realizadas para os transtornos de ansiedade? Verificar se essa questão já foi respondida nas seguintes bases de dados: Cochrane Library, Biblioteca Cochrane, disponível na BVS, Centre for Reviews and Dissemination (CRD) e Clinical Queries no PubMed.
Critérios de seleção de fontes	Busca de artigos de interesse nas bases de dados indexadas e em periódicos de interesse.
Métodos de busca de fontes	Por meio do uso de palavras-chaves previamente definidas. Buscas por artigos de periódicos deverão ser realizadas via web.
Descritores, entre termos e operadores booleanos	(“Anxiety disorder*” OR anxiety) AND (Therapeutic* OR “Therapeutic* Approache*” OR Treatment*) NOT (“pharmaceutical preparations” OR pharmacology OR drug*) AND (anxiolytic* OR antidepressant*) AND (children* OR teenager*)
Listagem de fontes	• PubMed • BVS • Web of Science • CINAHL
Tipo de artigos	Artigos com texto disponível na íntegra (<i>free full text</i>) Pesquisas realizadas nos últimos 10 anos
Idioma(s) dos artigos	Inglês, espanhol e português.
Critérios de inclusão	1) ser estudo de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não); 2) envolver apenas adultos (18 a 65 anos); 3) possuir diagnóstico clínico ou estruturado de ansiedade.
Critérios de exclusão	1) estudos secundários; 2) estudos com crianças; 3) pacientes com doenças crônicas; 4) Covid-19; 5) cuidados paliativos; 6) pacientes em uso de medicamentos ansiolíticos; 7) intervenções envolvendo o uso de aplicativos, internet e/ou celular.
Critérios de qualidade dos estudos primários	
Critérios de qualidade dos estudos primários	Ter sido publicado em periódico com revisão por pares.
Processo de seleção dos estudos primários	

Estratégia de extração de informação	Serão preenchidos formulários de extração de dados para cada texto considerado válido para a RI, lido integralmente. Além das informações básicas (dados bibliográficos, data de publicação, abstract, entre outras), esses formulários deverão conter a síntese do trabalho, redigida pelo pesquisador que conduzirá a RI, e reflexões pessoais deste a respeito do conteúdo e das conclusões do estudo.
Sumarização dos resultados	Com os resultados obtidos, deverá ser redigido um relatório que descreve sinteticamente o conteúdo da RS. Análises qualitativas e quantitativas, com relação aos trabalhos pesquisados e suas conclusões, também deverão ser realizadas.

Figura 2 – Protocolo para Revisão Integrativa

As intervenções terapêuticas utilizadas para o tratamento dos transtornos de ansiedade (TA) que foram identificadas neste estudo demonstraram ser eficazes na diminuição de sintomas de ansiedade. Entre as intervenções, destacou-se a Atenção Plena e a Psicoeducação.

Muitas dessas intervenções são amplamente descritas na literatura, o que possibilita a execução das intervenções por uma equipe multidisciplinar e a implantação nos serviços de atenção primária à saúde, atingindo um maior número de pessoas beneficiadas. Entre os profissionais da saúde, apontou-se que o enfermeiro pode promover o autogerenciamento dos pacientes, o que possibilita a autonomia e a diminuição de custos para o sistema de saúde.

3.1.3 3ª Fase – Elaboração do Protocolo Assistencial

A partir da Revisão Sistemática e da Revisão Integrativa, foi possível elaborar o Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtorno de Ansiedade em uma Unidade de Saúde do Sistema Prisional. Esse Protocolo foi fundamentado nas melhores recomendações já publicadas, extraídas dos estudos durante a fase de perscrutação da dissertação de mestrado de uma das autoras.

O protocolo assistencial foi construído como documentação baseada em evidências para a qualificação do planejamento e a execução de ações para o trabalho multidisciplinar e a gestão do cuidado.

Os protocolos assistenciais caracterizam-se como procedimentos em determinada área do conhecimento descritos minuciosamente para a realização de um cuidado direto ou indireto, isto é, detalham-se os passos a serem seguidos com base em evidências. A elaboração de protocolos assistenciais favorece a redução da variabilidade das ações entre os profissionais, padronizando e facilitando o uso de novas tecnologias.¹⁰ Ainda, facilita o desenvolvimento de indicadores de processos e resultados, dissemina conhecimento, facilita comunicação profissional e melhora a coordenação do cuidado.¹⁰ O protocolo assistencial foi desenvolvido segundo o guia de Pimenta et al.¹⁰ de acordo com os seguintes tópicos:

- a) origem: identificação clara da instituição que emitirá o protocolo;
- b) objetivo: identificação da situação e categoria de pacientes para qual o protocolo será organizado, assim como os profissionais que vão implementá-lo;
- c) grupo de desenvolvimento: inclusão de profissionais que realizarão as pesquisas para a construção do protocolo;
- d) conflito de interesse: declaração da existência ou não de conflitos de interesse na elaboração do protocolo;
- e) evidências: apresentação de informações fundamentadas em evidências científicas que justificam as ações propostas no protocolo;
- f) revisão: apresentação de revisão elaborada por revisor externo ao grupo que elaborará o protocolo assistencial, bem como apresentação do seu limite de atualização;
- g) fluxograma: representação do fluxo de informações que auxiliarão na tomada de decisão na assistência;
- h) indicador de resultado: monitorização e avaliação dos resultados da aplicação do protocolo, podendo ser por meio de indicadores, visando à detecção de possíveis falhas e a implementação de melhorias;
- i) validação pelos profissionais: apresentação do protocolo aos profissionais que atuam na assistência, para que este seja aceito e utilizado pela equipe;
- j) validação pelo usuário: avaliação de quando essa etapa pode ser viável, aplicável, desejável ou fundamental;
- k) limitações: identificação e aconselhamento sobre práticas não efetivas ou quando evidências encontradas são consideradas fracas;
- l) plano de implantação: realização de atividades educativas para o desenvolvimento de habilidades e competência da equipe que utilizará o protocolo assistencial.

Além disso, considerou-se o AGREE II para a construção e estruturação do protocolo.¹³ O AGREE II é composto por 23 itens-chave, que estão organizados em seis domínios (escopo e finalidade; envolvimento das partes interessadas; rigor do desenvolvimento; clareza da apresentação; aplicabilidade; independência editorial), seguido por dois itens de classificação global (avaliação global). A cada domínio é captada uma única dimensão de qualidade da diretriz, e todos os itens do instrumento são classificados em uma escala de 7 pontos (de 1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente). Para cada um dos seis domínios se calcula uma pontuação de qualidade, pois são independentes e não devem ser agregados em uma única pontuação de qualidade. As pontuações dos domínios devem ser calculadas por meio da soma

de todas as pontuações dos itens individuais em cada domínio e escalonando o total como uma porcentagem da pontuação máxima possível para o domínio.

A classificação de qualidade geral e a recomendação para o uso na prática do protocolo foram realizadas por meio do cálculo que está exemplificado na Figura 3.

Exemplo

Se quatro avaliadores atribuem as pontuações abaixo para o Domínio 1 (Escopo e Finalidade):

	<i>Item 1</i>	<i>Item 2</i>	<i>Item 3</i>	Total
Avaliador 1	5	6	6	17
Avaliador 2	6	6	7	19
Avaliador 3	2	4	3	9
Avaliador 4	3	3	2	8
Total	16	19	18	53

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 84
 Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 12
 O cálculo da porcentagem total no domínio será:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$

$$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57\%$$

Se itens não foram incluídos, serão necessárias modificações para os cálculos das pontuações máximas e mínimas possíveis.

Figura 3 – Exemplo de cálculo da pontuação dos domínios do AGREE II
 Fonte: Consórcio AGREE.¹³

4 INDICADOR DE RESULTADOS

4.1 FLUXO DE INFORMAÇÕES QUE AUXILIARÃO NA TOMADA DE DECISÃO NA ASSISTÊNCIA

Para o início das práticas terapêuticas, faz-se necessário estabelecer um fluxo de informações que auxiliarão na tomada de decisões na assistência. Primeiramente se propõe o acolhimento, quando será promovida uma relação terapêutica entre profissional e paciente e serão feitas a avaliação do paciente, a avaliação do tipo de ansiedade, a investigação diagnóstica, a elaboração de um plano terapêutico inicial e, finalmente, a decisão sobre as intervenções a serem aplicadas.

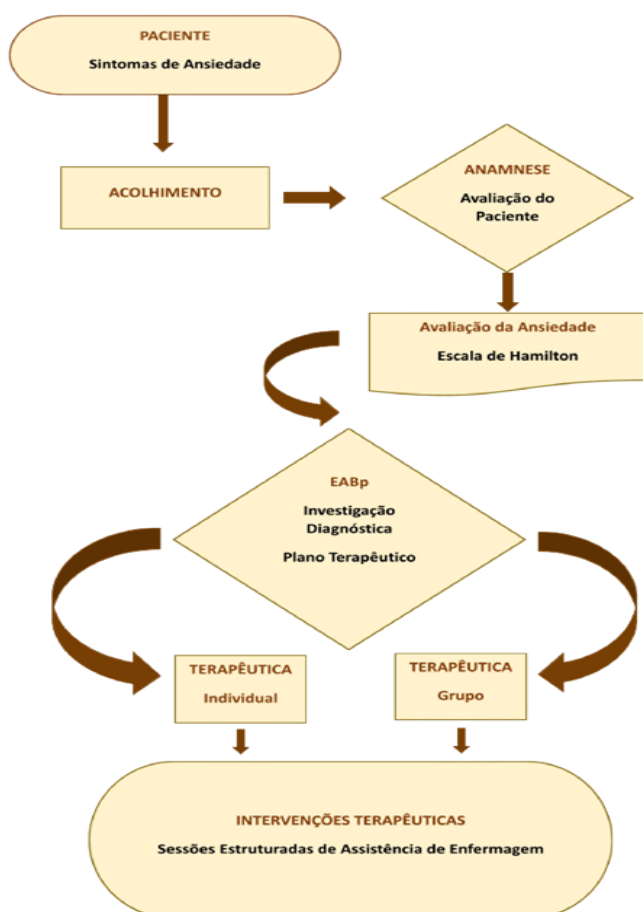


Figura 4 – Fluxo de assistência

Realizar uma minuciosa avaliação em saúde mental é de suma importância para o início das intervenções terapêuticas. É nesse momento que, ao conhecer a história de vida do paciente, o profissional iniciará o vínculo com ele e, assim, identificará as relações de causalidade dos

sintomas e/ou sofrimentos, possibilitando a amplificação de uma intervenção terapêutica.²⁰ A avaliação deve conter as seguintes informações:

- dados de identificação do paciente;
- uso de medicações;
- motivo da busca pelo atendimento;
- forma de encaminhamento;
- informações históricas relevantes;
- lista de problemas;
- plano de tratamento.

Conhecer a história de vida do paciente trará conhecimento ao profissional para que possa identificar as relações de causalidade dos sintomas e/ou sofrimentos do indivíduo. Esse saber, tanto do terapeuta quanto do paciente, possibilitará a amplificação de uma intervenção terapêutica.²⁰

4.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

Nem todas as pessoas apresentam a ansiedade da mesma maneira e para avaliar o grau de ansiedade da pessoa privada de liberdade optou-se pela Escala de Ansiedade de Hamilton²¹ (Figura 5), um instrumento de avaliação clínica altamente eficaz para a avaliação inicial dos pacientes com TA. A Escala é composta por 14 perguntas, com um escore para cada uma delas que varia de 0 a 4 e um escore total que varia de 0 a 56. Quanto maior o escore, maior o grau de ansiedade do paciente. Trata-se de uma avaliação rápida, de fácil aplicação e interpretação. Permite, ainda, a quantificação da intensidade da experiência ansiosa, bem como a avaliação das respostas aos tratamentos propostos.^{22,23} Os instrumentos que avaliam a ansiedade devem garantir confiança aos profissionais para que realizem os processos de triagem e diagnóstico com segurança e, assim, alcancem objetivo de tratar o transtorno.²⁴

ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE

Com escore padronizado

ESCORE PADRONIZADO MÁXIMO = Qualquer sintoma máximo OU ≥ 50% dos sintomas fortes FORTE = Qualquer sintoma forte OU ≥ 50% dos sintomas médios MÉDIO = Qualquer sintoma médio OU ≥ 50% dos sintomas leves LEVE = Qualquer sintoma leve	Ausente	Leve	Médio	Forte	Máximo
	0	1	2	3	4
HUMOR ANSIOSO - () inquietude, () temor do pior, () apreensão quanto ao futuro ou presente, () irritabilidade					
TENSÃO - () sensação de tensão, () fadiga, () tremores, () choro fácil, () incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto					
MEDO - () de escuro, () de desconhecidos, () de multidão, () de ser abandonado, () de animais grandes, () de trânsito sozinho					
INSÔNIA - () dificuldade de adormecer, () sonhos penosos, () sono interrompido, () sono insatisfatório, () fadiga ao acordar, () pesadelos, () terrores noturnos					
DIFICULDADES INTELECTUAIS - () dificuldade de concentração, () distúrbios de memória					
HUMOR DEPRESSIVO - () perda de interesse, () humor variável, () indiferença às atividades de rotina, () despertar precoce, () depressão					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) - () dores e fadiga muscular, () rigidez muscular, () mioclonias, () ranger de dentes, () voz insegura					
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) - () visão turva, () ondas de calor ou frio, () sensação de fraqueza, () sensação de picada, () zumbidos					
SINTOMAS CARDIOVASCULARES - () taquicardia, () palpitações, () dores pré-cordiais, () batidas, () pulsações arteriais, () sensação de desmaio					
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS - () sensação de opressão, () dispnéia, () constricção torácica, () suspiro, () bolo faríngeo					
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS - () dificuldade de engolir, () aerofagia, () dispepsia, () dor pré ou pós-prandial, () queimações, () empanzimento, () náuseas, () vômitos, () cólicas diarreias, () constipação, () perda de peso					
SINTOMAS GENITO-URINÁRIOS - () micções frequentes, () urgência de micção, () frigidez, () amenorréia, () ejaculação precoce, () ausência de ereção, () impotência					
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO - () secura na boca, () ruborização, () palidez, () tendência à sudorese, () vertigens, () cefaléia de tensão					
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - Geral: () tenso, () pouco à vontade, () agitação das mãos, () dos dedos, () tiques, () inquietação, () respiração suspiriosa. Fisiológico: () eructações, () taquicardia em repouso, () ritmo respiratório > 20 rpm					
TOTAL					

Figura 5 – Escala de Ansiedade de Hamilton

Fonte: Hamilton.²¹

4.3 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Este protocolo orientará os enfermeiros a realizarem intervenções terapêuticas para TA às pessoas privadas de liberdade. Para tal, apresentam-se as técnicas de enfrentamento de maior destaque nos estudos e que se adequam, em sua aplicabilidade, ao sistema prisional.

As intervenções terapêuticas a serem utilizadas terão como objetivo diminuir o sofrimento emocional, utilizando métodos de tratamento conforme cada técnica descrita, mediante os quais o profissional treinado buscará influenciar o paciente a obter alívio para o sofrimento de natureza psíquica.²⁵

Sessão	Objetivos e Procedimentos
1	Realizar integração, estimular coesão grupal, definir objetivos do tratamento e psicoeducação • Apresentação dos participantes do grupo (nome, idade e atividades que executam), breve relato dos sintomas, tempo de doença, tratamentos prévios e se fazem uso de medicações. • Dinâmica do grupo (como vai funcionar). • Estabelecimento do contrato terapêutico (responsabilidades, sigilo, direitos e deveres). • Explanação sobre as intervenções terapêuticas e a importância da participação ativa dos pacientes nas sessões e tarefas, para alcançar sucesso terapêutico. • Abordagem educativa sobre transtornos de ansiedade: conceito, tipos, sintomas e tratamentos.

	Tarefa para realizar ao longo da semana Leitura do material educativo sobre transtornos de ansiedade, fornecido pelo profissional, para discussão das dúvidas na próxima sessão.
2	Iniciar a psicoeducação, ensinar técnicas de enfrentamento da ansiedade e automonitoramento - Revisão da tarefa: discussão das dúvidas sobre a leitura do material educativo. - Explicação sucinta sobre a influência da respiração inadequada ao surgirem os sintomas de ansiedade. - Demonstração da técnica da respiração diafragmática (todos praticam durante a sessão, inclusive o profissional de saúde). - Orientação sobre a possibilidade do aparecimento de sintomas como tontura, sonolência, falta de ar ou ansiedade (que desaparecem com a repetição dos exercícios). Tarefa para realizar ao longo da semana - Praticar a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu.
3	Ensinar técnicas de enfrentamento da ansiedade e automonitoramento - Revisão da tarefa: verificar com os pacientes como foi a prática da respiração diafragmática, se apresentaram sintomas de ansiedade ao realizá-la. - Praticar a respiração diafragmática sob supervisão terapêutica. - Explicação sobre a importância das técnicas de respiração e relaxamento no início das crises de ansiedade. - Explicação sobre a tensão muscular que pode ocorrer em cada crise. - Explicação sobre a técnica de relaxamento progressivo. - Praticar, em grupo, o relaxamento muscular e, após, a respiração diafragmática. Tarefa para realizar ao longo da semana - Praticar o relaxamento muscular e a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu.
4	Promover o autoconhecimento (distinguindo pensamentos de sentimentos) - Revisar tarefa: verificar com os pacientes como foi a prática do relaxamento muscular, se aliviou os sintomas de ansiedade. - Explicar a diferença entre os pensamentos e os sentimentos. Usar exemplos de uma mesma situação sobre a qual o indivíduo pode ter pensamentos diferentes e, conseqüentemente, emoções distintas. Tarefa para realizar ao longo da semana - Fazer o registro dos pensamentos e sentimentos.
5	Identificar pensamentos automáticos e descatastrofizar - Revisão da tarefa: registro dos pensamentos e sentimentos. - Explicar o que são pensamentos automáticos. - Auxiliar a identificar pensamentos automáticos. Tarefa para realizar ao longo da semana - Registrar o que aconteceu e o que pensou quando estava ansioso, triste ou apresentou outra emoção. Situação/Pensamento/Emoção/Comportamento.
6	Testar a validade dos pensamentos - Usar a tarefa da semana para discutir a validade dos pensamentos. - Qual foi a situação? - Como você se sentiu? - O que você estava pensando ou imaginando? - O que te fez pensar que esse pensamento era verdadeiro? - O que te fez pensar que o pensamento pode não ser verdadeiro ou completamente verdadeiro? - Qual é outra maneira de olhar para isso? Tarefas para realizar ao longo da semana

	● Praticar o relaxamento muscular e a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. ● Registrar: Situação/Pensamento/Emoção/Comportamento e depois discutir a validade dos pensamentos, registrar o pensamento alternativo (outra maneira de olhar para isso).
7	Avaliar comportamentos ● Revisão da tarefa: verificar o registro dos pensamentos. ● Explicar sobre essa técnica. ● Orientar o paciente a fazer um quadrante e escrever: ● gosto e faço; ● gosto e não faço; ● não gosto e faço; ● não gosto e não faço. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Escrever no quadrante o que realmente importa e lhe faz bem.
8	Promover a autoestima ● Revisão da tarefa: o que lhe faz bem. ● Explicar sobre a autoestima. ● Apresentar o plano de desenvolvimento da autoestima. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Preencher o quadro de desenvolvimento da autoestima.
9	Promover a autorregulação emocional ● Revisão da tarefa: desenvolvimento da autoestima. ● Explicar sobre a autorregulação emocional. ● Explicitar sobre a Técnica de Grounding, que pode ser usada em momentos de ansiedade para autorregulação emocional por meio da percepção de si mesmo e do ambiente. ● Orientar o paciente que, quando sentir emoções intensas, poderá usar alguns lembretes mentais como ferramenta para ficar mais tranquilo. ● Fornecer os lembretes mentais impressos. Tarefas para realizar ao longo da semana ● Praticar a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. ● Fazer os exercícios da Técnica de Grounding (autorregulação).
10	Promover o bem-estar ● Revisão da tarefa: verificar como e se o paciente usou alguma técnica de autorregulação e se foi efetiva. ● Explicar sobre a importância do bem-estar. ● Fornecer exemplo de coisas que fazem bem. ● Passar instruções de como listar coisas simples ou complexas para o bem-estar. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Escrever em uma folha atividades que proporcionam bem-estar.
11	Reduzir a vulnerabilidade e a desregulação emocional ● Revisão da tarefa: verificar quais são as atividades que proporcionam bem-estar para os pacientes. ● Explicar sobre a vulnerabilidade a desregulação emocional. ● Incentivar o paciente a estruturar rotinas saudáveis. ● orientar quanto às rotinas. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Escrever em uma folha quais foram as rotinas que conseguiu manter.
12	Realizar psicoeducação sobre Estratégias de Enfrentamento ● Revisão da tarefa: verificar se os pacientes conseguiram estruturar rotinas saudáveis.

	● Explicar o que são estratégias de enfrentamento. ● Orientar sobre a diferença de problema global e problema específico. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Pensar em um problema e deixá-lo o mais específico possível.
13 e 14	Promover o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas ● Revisão da tarefa: problema global em específico. ● Explicar sobre as diferentes estratégias de enfrentamento. ● Trabalhar as estratégias de enfrentamento focadas no problema na 13ª sessão. ● Explicar a técnica de resolução de problemas. ● Trabalhar as estratégias de enfrentamento focadas na emoção na 14ª sessão. ● Pensar em alternativas para diminuir emoções negativas. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Preencher os quadros respectivos a cada estratégia.
15	Promover a resiliência ● Revisão da tarefa: conversar com os pacientes sobre as estratégias de enfrentamento nos diferentes contextos apresentados por eles. ● Explicar sobre a resiliência. ● Orientar sobre as medidas para aumentar a resiliência. Tarefa para realizar ao longo da semana ● Identificar evidências de resiliência em eventos no dia a dia.
16	Avaliar os ganhos terapêuticos e generalização para outras áreas da vida ● Revisão da tarefa: verificar evidências de resiliência em eventos no dia a dia. ● Combinar a manutenção do enfrentamento das situações de ansiedade, independentemente do acompanhamento em grupo. ● Avaliar o tratamento.

Figura 6 – Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtornos de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional

Ao término dos encontros, após implementar o instrumento técnico para o enfrentamento dos transtornos de ansiedade, é necessário visualizar a importância de orientar o paciente a observar os primeiros sintomas da ansiedade e estabelecer medidas para o controle do bem-estar do corpo por meio da respiração e do relaxamento, incentivando-o a utilizar as técnicas trabalhadas nos encontros e, assim, demonstrar que as dificuldades, diante dos sintomas e agravos relacionados aos transtornos de ansiedade, podem ser amenizadas.

Espera-se que este protocolo, com estratégias práticas, baseado em pesquisas científicas, seja de grande utilidade no processo de como orientar o paciente a lidar com os transtornos de ansiedade.

4.4 VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Em caráter opcional, esta última etapa pode estender a validade dos resultados, compartilhando saberes com outros membros da comunidade científica e oportunizando a

participação de outras partes interessadas, com o objetivo de contribuir para o trabalho, sugerindo referências adicionais, além das já encontradas.²⁶ Nesse primeiro momento, considerando o tempo reduzido para a conclusão de todas as etapas do mestrado profissional, optou-se por não realizar a consulta com especialistas.

Contudo, pretende-se alcançar a validação do protocolo assistencial, apresentando o resultado para uma comissão de especialistas composta por um profissional enfermeiro, um médico e um psicólogo, atuantes na UBSP-PEFMP, que realizam assistência em saúde às pacientes em ambiente carcerário, preferencialmente com especialização e/ou experiência de trabalho nessa área com tempo mínimo de atuação de um ano. A determinação desse número de participantes foi definida para que fosse possível realizar a avaliação do protocolo assistencial de acordo com a proposta do AGREE II, que é um instrumento que permite verificar a classificação da qualidade geral e se o protocolo pode ser recomendado para o uso na prática.¹³

Será enviado um convite por correio eletrônico, sendo apresentados aos participantes a justificativa, os objetivos e os principais benefícios que o produto pode oferecer às mulheres privadas de liberdade, ao profissional enfermeiro, aos demais profissionais atuantes na UBSP em que o protocolo será utilizado, ao sistema prisional, à UFCSPA e à sociedade. O profissional, após manifestar interesse em participar da comissão de especialistas, receberá, por meio de um formulário eletrônico editado no *Google Forms*® (ferramenta disponível gratuitamente e que permite a produção de questionários de acordo com a necessidade dos autores), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), que assinará eletronicamente confirmando a sua participação nessa fase da pesquisa. Aos participantes que concordarem com o estudo será enviado o protocolo assistencial para apreciação e contribuições por correio eletrônico.

A comissão de especialistas terá como base para a avaliação o instrumento AGREE II, que qualificará o protocolo, com a possibilidade em obter *feedbacks* acerca das recomendações preliminares que serão elencadas. Os avaliadores devem realizar duas avaliações gerais da diretriz e, considerando os critérios realizados no processo da avaliação, farão um julgamento sobre a qualidade da diretriz, informando se recomendariam ou não o seu uso. Será fornecido aos avaliadores o Manual do Usuário: Instruções para o uso do AGREE II, o qual vai orientá-los no uso do instrumento. A partir da revisão, serão verificadas a aplicabilidade e a factibilidade da realização dos cuidados destacados e justificados pelas evidências. As recomendações finais e revisões serão integradas ao protocolo assistencial.

4.5 CONFLITO DE INTERESSES

Declara-se que não houve nenhum tipo de conflito de interesse na elaboração do protocolo assistencial, tendo em vista que este documento é parte do produto originado ao longo do mestrado de uma das autoras, com vistas à colaboração no processo de cuidado às pessoas privadas de liberdade com transtornos de ansiedade. Ressalta-se, ainda, que não houve nenhum tipo de financiamento.

4.6 LIMITAÇÕES

Como limitação para elaboração deste protocolo, citamos o número reduzido de publicações brasileiras que impedem uma visibilidade realista da atuação do enfermeiro no tratamento dos transtornos de ansiedade no território nacional, assim como o tratamento adotado em diferentes cenários.

4.7 REVISÃO DO PROTOCOLO

Anteriormente à publicação oficial deste protocolo, será realizada uma revisão com o suporte de um grupo de profissionais considerados *experts* na área de atenção básica em saúde prisional (enfermeiro, médico e psicólogo), com o auxílio do instrumento AGREE II (Anexo A), a fim de qualificar a produção e obter um *feedback* acerca das recomendações preliminares que foram elencadas a partir da seção de Técnicas de enfrentamento para a ansiedade. Essa revisão permitirá verificar a aplicabilidade e a factibilidade da realização das intervenções destacadas e justificadas pelas evidências descritas. A partir da avaliação dos profissionais, as recomendações finais serão consideradas, revisadas e integradas ao protocolo assistencial.

O instrumento AGREE II é uma ferramenta que auxilia no desenvolvimento do protocolo, avaliando a sua qualidade metodológica. É recomendado que haja no mínimo dois avaliadores, contudo se preconiza preferencialmente a quantidade de quatro avaliadores, para que seja possível aumentar a confiabilidade do processo avaliativo. É composto por 23 itens-chave, que estão organizados em seis domínios (escopo e finalidade; envolvimento das partes interessadas; rigor do desenvolvimento; clareza da apresentação; aplicabilidade; independência editorial), seguidos por dois itens de classificação global (avaliação global). A cada domínio é captada uma única dimensão de qualidade da diretriz e todos os itens do instrumento são classificados em uma escala de 7 pontos (de 1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente).

Para cada um dos seis domínios se calcula uma pontuação de qualidade, pois são independentes e não devem ser agregados em uma única pontuação de qualidade. As pontuações dos domínios devem ser calculadas por meio da soma de todas as pontuações dos itens individuais em cada domínio e escalonando o total como uma porcentagem da pontuação máxima possível para o domínio.

Definiu-se que o tempo limite de atualização desse protocolo será a cada três anos, considerando a necessidade de reavaliação constante deste protocolo, em razão da dinâmica da saúde mental, respeitando os princípios básicos do SUS, a integralidade da atenção em saúde mental e a abrangência de novas tecnologias em intervenções terapêuticas.

4.8 PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO, VALIDAÇÃO E INDICADORES DE RESULTADOS

A implementação deste protocolo seguirá as seguintes etapas:

- 1ª avaliação e validação do protocolo a partir do AGREE II;
- 2ª apreciação dos especialistas;
- 3ª reunião com a EABSp e apresentação formal do protocolo;
- 4ª apreciação da EABSp;
- 5ª apresentação do protocolo e importância da qualificação do cuidado;
- 6ª capacitação da EABSp presencial e em grupo;
- 7ª acompanhamento da implantação no campo assistencial;
- 8ª realização de melhorias no protocolo e adaptação do protocolo à prática assistencial, se necessário;
- 9ª publicação do protocolo;
- 10ª implementação.

REFERÊNCIAS

1. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Departamento de Segurança e Execução Penal. Mapa da População Prisional Ano 2021 [Internet] [acesso em 2021 mar 13]. Disponível em: http://www.intrasusepe.rs.gov.br/conteudo/9379/?Ano_2021
2. Rio Grande do Sul. Secretaria Municipal de Saúde. Consultas e Exames Especializados [Internet]. Porto Alegre [acesso em 2020 mar 13]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/consultas>
3. Nanda International Inc. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021/2023. 2021.
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 2020 dez 4]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
6. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. P T [Internet]. 2013 Jan [acesso em 2020 dez 4];38(1):30-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23599668/>
7. Cougle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. J Psychiatr Res. 2009 Jun 1;43(9):825-9.
8. Craske MG, Stein MB. Anxiety. The Lancet [Internet]. 2016;388:3048-59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
9. Cunha LF, coordenador. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos conselhos regionais [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2018 [acesso em 2020 dez 3]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>
10. Pimenta CAM, Jensen R, Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: Coren-Sp; 2015.
11. Espírito Santo. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental [Internet]. 2018 [acesso em 2020 dez 3]. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf>
12. Silva RM, Jorge MSB, Silva Júnior AG, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde. Fortaleza: Editora da UECE; 2015.
13. Consórcio Agree. Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas Instrumento [Internet]. 2009 [acesso em 2021 jan 28]. Disponível em: www.agreetrust.org

14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados [Internet]. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2021 jan. 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf
15. Villela LMA. Grade. J Chem Inf Model. 2013;53:1689-99.
16. Pahlavanzadeh S, Abbasi S, Alimohammadi N. The effect of group cognitive behavioral therapy on stress, anxiety, and depression of women with multiple sclerosis. Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]. 2017 [acesso em 2021 jan 28];22(4):271. Disponível em: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2017/22/4/271/212987>
17. Yohannes AM. Nurse-led cognitive behavioural therapy for treatment of anxiety in COPD. ERJ Open Res [Internet]. 2018 Oct 1;4(4):00221-2018. <https://doi.org/10.1183/23120541.00221-2018>
18. Berg SK, Rasmussen TB, Herning M, Svendsen JH, Christensen AV, Thygesen LC. Cognitive behavioural therapy significantly reduces anxiety in patients with implanted cardioverter defibrillator compared with usual care: findings from the Screen-ICD randomised controlled trial. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2020 Feb 1 [acesso em 2021 jan 28];27(3):258-68. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31575299/>
19. Grupo Ânima Educação. Manual de revisão bibliográfica Sistemática e Integrativa [Internet]. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação; 2014 [acesso em 2020 dez 4]. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf
20. Rangé B. Psicoterapias cognitivas comportamentais - um diálogo com a psiquiatria. 2.ed. São Paulo: Artmed; 2011.
21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol [Internet]. 1959 Mar 1;32(1):50-5. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
22. Magliulo G, Bertin S, Ruggieri M, Gagliardi M. Benign paroxysmal positional vertigo and post-treatment quality of life. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2005 Aug;262(8):627-30.
23. Stoppe A. Estudo observacional de alprazolam no tratamento da ansiedade. RBM rev bras med. 2004;141-5.
24. Vanzeler MLA. Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: instrumentos utilizados no Brasil. Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento. 2020 Oct 22;100-20.
25. Cordioli AV, Grevet EH, organizadores. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 2018.
26. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework [Internet]. Int. J. Soc. Res. Methodol. 2005;8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtornos de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional**, sob responsabilidade da pesquisadora responsável Dra. Ana Cristina Wesner Viana e das pesquisadoras Roslaine Ifran do Amaral e Luiza Carolina Mendes Flores.

O objetivo deste estudo é avaliar um protocolo assistencial voltado ao atendimento de enfermagem ao paciente privado de liberdade em sistema prisional com transtornos de ansiedade. A sua participação na pesquisa consiste em avaliar o protocolo assistencial direcionado aos pacientes com transtornos de ansiedade que foi construído a partir de uma revisão sistemática baseada em evidências científicas. Farão parte desta comissão de especialistas: enfermeiros que atuam em unidades de sistema prisional que tenham especialização na área e/ou experiência com pacientes com transtornos de ansiedade, psiquiatras, preferencialmente com experiência na área ou atuantes em unidades de saúde prisional, e psicólogos clínicos que tenham experiência com o perfil de pacientes escolhido.

Destaca-se que a sua participação é voluntária e espontânea, podendo desistir a qualquer momento. Caso aceite participar desta pesquisa, você receberá um e-mail com a cópia do TCLE e com o protocolo assistencial para que possa realizar sua avaliação e contribuir com considerações pertinentes. Será acordado um prazo para a resposta, porém terá a flexibilidade de realizar sua avaliação em local e horário de sua preferência, desde que o limite de entrega seja respeitado. O protocolo assistencial produzido nesta pesquisa poderá trazer muitos benefícios às unidades assistenciais do sistema prisional que o utilizarem, pois a equipe estará assistindo ao paciente privado de liberdade com tomadas de decisões baseadas em evidências científicas, qualificando o processo de cuidado, permitindo a prática baseada em evidências. Os riscos da sua participação são classificados como mínimos e, se houver qualquer necessidade, haverá suporte da equipe de pesquisa no que for necessário, na tentativa de solucionar da melhor maneira possível.

Você tem o direito de esclarecer todas as suas dúvidas com relação à pesquisa e poderá cessar a sua participação a qualquer momento do estudo, se assim desejar, com garantia de sigilo às informações pessoais e confidenciais de acordo com as normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, sem qualquer sanção ou constrangimento. A sua participação tem a finalidade exclusiva de colaborar na pesquisa, aprimorando com contribuições relacionadas às práticas assistenciais contidas no protocolo que será produzido, não acarretando em nenhum custo ou incentivo financeiro.

Os registros que serão realizados durante esta etapa da pesquisa serão acessados e guardados somente pela equipe de pesquisa por cinco anos e serão destruídos depois desse período. É garantido que os dados obtidos não serão usados para outros fins além dos previstos no TCLE e no protocolo. Se surgirem dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA para solicitar esse esclarecimento. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada e em meios científicos.

Pesquisadores:

Ana Cristina Wesner Viana - cristinawesner@ufcspa.edu.br

Roslaine Ifran do Amaral – roslaine-amaral@susepe.rs.gov.br

Luiza Carolina Mendes Flores – luizamf@ufcspa.edu.br

Comitê de Ética e Pesquisa da UFCSPA – (51) 3303.8804

Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre / CEP 90050-170

[] Eu declaro que recebi as informações sobre os objetivos da pesquisa de forma clara, bem como esta cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Tive a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas e aceito participar da pesquisa.**

**Campo de preenchimento do formulário elaborado através do Google Form.

ANEXO A – FORMULÁRIO AGREE II

DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

8. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO (continuação)

11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

15. As recomendações são específicas e sem ambigüidade.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ

Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação da diretriz

1. Classifique a qualidade global da presente diretriz.

1 Qualidade mais baixa possível	2	3	4	5	6	7 Qualidade mais alta possível
---------------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------------------

2. Eu recomendo o uso desta diretriz

- ☐ Sim
- ☐ Sim, com modificações
- ☐ Não

Anotações

ANEXO B – INSCRIÇÃO PROSPERO

Gmail - Fwd: PROSPERO acknowledgement of receipt [202939]



Fwd: PROSPERO acknowledgement of receipt [202939]

1 mensagem

----- Forwarded message -----

De: **CRD-REGISTER** <irss505@york.ac.uk>
 Date: sex., 7 de ago. de 2020 às 14:05
 Subject: PROSPERO acknowledgement of receipt [202939]
 To: weston.fernanda@gmail.com <weston.fernanda@gmail.com>

Dear Registrant,

Thank you for submitting details of your systematic review for registration in PROSPERO.

We will check the information supplied to

- make sure that your systematic review is within scope
- ensure that the fields have been completed appropriately.

These checks do not constitute peer review or imply approval of the systematic review methods.

We will let you know when your record has been published on PROSPERO, or alternatively ask for further information or clarification.

If your application is rejected we will advise you of the reasons for non-publication (usually this will be if your review is out of scope).

There is currently a very high demand for registration, we will aim to respond within 10 working days for UK submissions. For submissions from outside the UK, it will be considerably longer - possibly around three months. During this time you may continue working on your review. You can be reassured that the team are working particularly hard to process records as quickly as is possible.

Whilst the record is being processed, it will be locked and you will not be able to access it.

Please note:

We are receiving many emails enquiring about progress. As replying to these takes time away from the processing of records, we ask that you only email should it be absolutely necessary.

We thank you for your understanding in advance.

Yours sincerely,
 PROSPERO Administrator
 Centre for Reviews and Dissemination
 University of York
 York YO10 5DD
 t: +44 (0) 1904 321049
 e: CRD-register@york.ac.uk
 www.york.ac.uk/inst/crd

6 DISCUSSÃO

Por serem documento de consulta permanente, os profissionais podem utilizar o manual para sanar dúvidas e executar suas atividades/tarefas com segurança (VALENTIM, 2019). Esse instrumento deve trazer exemplos práticos de como os sintomas e os transtornos propriamente ditos podem ser identificados (SPRÉA et al., 2020) e assim contribuir para uma assistência de excelência e eficiência.

Considerando que a assistência de enfermagem necessita usufruir de um suporte teórico e padronizado, regido por princípios éticos e legais da profissão, o protocolo se apresenta como um instrumento baseado em evidências com vantagens como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (PIMENTA, 2017). Para o gerenciamento em saúde, os protocolos apresentam-se como relevantes instrumentos assistenciais para a organização do trabalho da enfermagem (QUADRADO; TRONCHIN, 2012). Assim, a utilização de protocolos para a assistência em saúde torna-se pertinente ao proporcionar suporte para a organização e O gerenciamento no trabalho da enfermagem (CRUZ et al., 2016).

Tendo em vista a necessidade de contribuir com a assistência em saúde mental da UBSP-PEFMP, ao ofertar os produtos apresentados neste estudo, espera-se que este trabalho contribua na rotina profissional dos enfermeiros que prestam assistência em saúde mental às pessoas privadas de liberdade do sistema prisional, fortaleça o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e colabore para a redução dos agravos dos transtornos de ansiedade.

Como limitação deste estudo, cita-se o número reduzido de publicações brasileiras que impedem uma visibilidade realista da atuação do enfermeiro no tratamento dos transtornos de ansiedade no território nacional, assim como o tratamento adotado em diferentes cenários.

Sobre o acesso dos profissionais aos documentos, o *Manual para Assistência de Enfermagem a Pacientes com Transtorno de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional* e o *Protocolo de Enfermagem para Assistência de Pacientes com Transtorno de Ansiedade em Unidade de Saúde do Sistema Prisional*, após a validação, serão disponibilizados via Editora da UFCSPA, por meio de e-book, livro em suporte eletrônico, para distribuição via internet.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização das revisões sistemática e integrativa, tornou-se possível construir um manual e um protocolo de enfermagem para assistência de pacientes com transtorno de ansiedade em uma unidade de saúde do sistema prisional, objetivando a qualificação assistencial da equipe de saúde prisional, trazendo as melhores práticas a partir das evidências disponíveis até o presente momento.

Considerando não terem sido encontradas outras revisões sistemáticas para avaliar a qualidade de evidências de intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros para assistência de indivíduos com transtornos de ansiedade, ressalta-se a relevância e o aspecto inovador deste estudo para a prática profissional. Os resultados obtidos demonstraram que as intervenções realizadas por enfermeiros apresentaram eficácia em curto e longo prazos na redução do nível de ansiedade e/ou remissão dos sintomas e na melhora clínica de sintomas relacionados às comorbidades. Considera-se, ainda, segundo o estudo de revisão integrativa, que as intervenções terapêuticas realizadas por profissionais de saúde, com ou sem especialização em saúde mental, trazem benefícios significativos para a diminuição dos sintomas nos transtornos de ansiedade. Diante de tais evidências, almeja-se que estes estudos auxiliem nas intervenções para transtorno de ansiedade e qualifiquem as ações dos profissionais dentro do sistema prisional.

Esta pesquisa apresentou como produtos a elaboração de um manual de orientações, um protocolo assistencial e dois artigos finais. Paralelamente à realização da pesquisa propriamente dita, outras atividades foram desenvolvidas ao longo do mestrado profissional, dentre elas a participação como palestrante na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, com abordagem específica aos Transtornos de Ansiedade. Houve, ainda, participação voluntária no projeto de extensão Estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças e familiares em tratamento oncológico, realizado no Instituto do Câncer Infantil e no Grupo de Pesquisa TeGEST/UFCSPA.

Como resultados, e almejando proporcionar a troca de informações entre os autores envolvidos – enfermeiros, outros profissionais de saúde, pessoas privadas de liberdade, universidade e sociedade –, este estudo buscou fornecer ferramentas de grande relevância aos profissionais da EABp para uma assistência de saúde técnica e qualificada às pessoas privadas de liberdade que necessitam de cuidados para os transtornos de ansiedade nos estabelecimentos prisionais.

REFERÊNCIAS

- ABBING, A. *et al.* Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms. *PLoS ONE*, v. 14, n. 12, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225200>.
- ABBING, A. *et al.* The effectiveness of art therapy for anxiety in adult women: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, v. 10, May 2019b. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01203>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- BANDELOW, B.; MICHAELIS, S.; WEDEKIND, D. Treatment of anxiety disorders. *Generalized Anxiety Disorders*, v. 19, n. 2, p. 93-107, June 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/bbandelow>.
- BARKOWSKI, S. *et al.* Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, v. 30, n. 8, p. 965-982, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>.
- BARLOW, D. H. *et al.* The unified protocol for transdiagnostic treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, v. 74, n. 9, p. 875-884, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>.
- BAXTER, A. J. *et al.* The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 23, n. 4, p. 422-438, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/mpr.1444>.
- BECK, J. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BEHENCK, A. *et al.* Contribution of group therapeutic factors to the outcome of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 31, n. 2, p. 142-146, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001>.
- BERG, S. K. *et al.* Cognitive behavioural therapy significantly reduces anxiety in patients with implanted cardioverter defibrillator compared with usual care: Findings from the Screen-ICD randomised controlled trial. *European Journal of Preventive Cardiology*, v. 27, n. 3, p. 258-268, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487319874147>.
- BORJI, M. *et al.* Positive effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients with prostate cancer: a randomized clinical trial. *Asian*

Pacific Journal of Cancer Prevention, 2017. DOI: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.12.3207>.

BOSMANS, J. E., *et al.* (2012). Cost-effectiveness of problem-solving treatment in comparison with usual care for primary care patients with mental health problems: a randomized trial. *BMC Family Practice*, v. 13, n. 1, p. 98. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-98>.

BRASIL. Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Disponível em: <https://prespublica.jusbrasil.com.br/legislacao/92175/lei-de-direitos-autorais-lei-9610-98>. Acesso em: 4 dez. 2020.

BRASIL. Lei n. 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5o, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99-B, 100-A, 100-B e 109-A e revoga o art. 94 da Lei no 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2013. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30043214/doi-2013-08-15-lei-n-12-853-de-14-de-agosto-de-2013-30043208. Acesso em: 4 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.777, de 09 de setembro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 set. 2003. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

BRASIL. Resolução n. 4, de 18 de julho de 2014. Aprovar as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 jul. 2014.

BYSTRITSKY, A. *et al.* Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *P T*, v. 38, n. 1, p. 30-57, jan. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23599668/>. Acesso em: 4 dez. 2020.

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence* (March 2009). Oxford: University of Oxford, 2009. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>. Acesso em: 3 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução Cofen no 599/2018*. Aprova Norma Técnica para Atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Brasília, DF, 19 dez. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-599-2018_67820.html. Acesso em 22 nov. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESPÍRITO SANTO. *Legislação dos profissionais de enfermagem*. [S. l.]: Coren: [2018?]. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/09/projeto-codigo.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Parecer COREN-SP 036/2019*. Ementa: Possibilidade de aplicação pelo enfermeiro e estudantes de enfermagem de testes/escalas na área de saúde mental. São Paulo: Coren SP, 27 nov. 2019. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/PARECER-036.2019-Escalas-Sa%C3%BAdede-Mental.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

CONSÓRCIO AGREE. *Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas Instrumento*. [S. l.: s. n.], 2009. Disponível em: www.agreetrust.org. Acesso em: 6 dez. 2020.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. *Edital nº 28/2018. Resultado Final*. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/28052020-edital-1213112-edital28-resultado-final-pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (org.). *Psicofármacos: consulta rápida*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. (org.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 2018.

COUGLE, J. R. *et al.* Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Psychiatric Research*, v. 43, n. 9, 825-829, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.12.004>

CRASKE, M. G.; STEIN, M. B. Anxiety. *The Lancet*, v. 388, p. 3048-3059, 17 Dec. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6).

CRYSTINA, K.; WALQUIRIA, P. L. Transtorno de ansiedade: anxiety disorder. *Revista de Iniciação Científica e Extensão - REIcEn*, v. 1, n. 1, p. 45-50, 2018.

CUNHA, L. F. (coord.). *Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos conselhos regionais*. Brasília, DF: Conselho Federal de Enfermagem, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

CRUZ, F. O. A. M. *et al.* Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. *Rev Latino-Am Enferm.*, v. 24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0949.2706>.

DA COSTA, C. O. *et al.* Prevalence of anxiety and associated factors in adults. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n. 2, p. 92-100, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.

DE SOUZA, I. M.; MACHADO-DE-SOUSA, J. P. Brazil: World leader in anxiety and depression rates. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 39, p. 384, 1 out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2300>.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 setembro-outubro; 13(5):754-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6ZJ3s4DtMzZvSJn4JbpD3WB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso

em: 20 nov. 2021.

EJEBY, K. *et al.* Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family Practice*, v. 31, n. 3, p. 273-280, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu006>.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. de; ALCOFORADO, C. L. G. C. Integrative review versus systematic review. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. *Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental*. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/PROTOCOLO%20CLASSIFICACAO%20DE%20RISCO%20EM%20SAUDE%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.

EUSTIS, E. H. *et al.* Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 87, p. 188-195, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2016.09.012>.

EZHUMALAI, S. *et al.* Group interventions. *Indian Journal of Psychiatry*, v. 60, p. S514-S521, 1 Feb. 2018. DOI: https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18.

FERREIRA, L. M. Mestrado profissional e seus desafios. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 42, p. 9-13, 2015. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912015S01004>.

FONTES, F. Vista do Religiosidade e prática psicoterapêutica clínica: contribuições à Psicologia da Religião. *REVER*, ano 17, n. 2, maio/ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/1677-1222.2017vol17i2a3>.

GOLDIN, P. R. *et al.* Trajectories of social anxiety, cognitive reappraisal, and mindfulness during an RCT of CBGT versus MBSR for Social Anxiety Disorder HHS Public Access. *Behav Res Ther.*, v. 97, p. 1-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.001>.

GOYATÁ, S. L. T. *et al.* Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, p. 602-609, 1 June 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690325i>.

GUNN, J. *et al.* A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-88>.

HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.*, v. 32, n. 1, p. 50-55, 1959.

HASSIOTIS, A. *et al.* Cognitive behaviour therapy (CBT) for anxiety and depression in adults with mild intellectual disabilities (ID): a pilot randomised controlled trial. *Trials*, v. 12, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-95>.

HAYES-SKELTON, S. A. *et al.* Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 83, n. 2, p. 395-404, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0038305>.

HAYES-SKELTON, S. A.; ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 81, n. 5, p. 761-773, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0032871>.

HIRSCH, C. R. *et al.* Approaching cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder from a cognitive process perspective. *Frontiers in Psychiatry*, v. 10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00796>.

IZAGUIRRE-RIESGO, A.; MENÉNDEZ-GONZÁLEZ, L.; ALONSO PÉREZ, F. Effectiveness of a nursing program of self-care and Mindfulness, in the approach to the common mental disorder in primary care. *Atencion Primaria*, v. 52, n. 6, p. 400-409, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.015>.

KHAKPOOR, S.; SAED, O.; ARMANI KIAN, A. Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 41, n. 3, p. 227-236, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>.

KHORAMNIA, S. *et al.* The effectiveness of acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 42, n. 1, p. 30-38, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0003>.

KOSZYCKI, D. *et al.* A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, v. 70, p. 489-509, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22052>.

KRESLINS, A.; ROBERTSON, A. E.; MELVILLE, C. The effectiveness of psychosocial interventions for anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 9, n. 22, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0054-7>.

LANTYER, A. D. S. *et al.* Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 18, n. 2, p. 4-19, 2016. DOI: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i2.880>.

LEAHY, R. L. (2011). *Livre da ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LINNESS, S. *et al.* The sustained effects of CBT training on therapist competence and patient outcomes. *Cognitive Therapy and Research*, v. 43, n. 3, p. 631-641, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9987-5>

LOUVET, S.; ISCHAYEK, M.; DANOFF, R. The current role of long-term benzodiazepines for the treatment of generalized anxiety. *Osteopathic Family Physician*, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: <https://ofpjournal.com/index.php/ofp/article/view/364>. Acesso em: 29 jan.

2021.

MAAS, J. *et al.* Enhancing autonomy-connectedness in patients with anxiety disorders: a pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00665>.

MAMEDE, W.; ABBAD, G. S. Objetivos educacionais de um mestrado profissional em saúde coletiva: Avaliação conforme a taxonomia de Bloom. *Educação e Pesquisa*, v. 44, n. 1, p. 1-21, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201710169805>.

MARKLE-REID, M. F. *et al.* Reducing depression in older home care clients: design of a prospective study of a nurse-led interprofessional mental health promotion intervention. *BMC Geriatrics*, v. 11, n. 1, p. 50, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-50>.

MARTÍN-MERINO, E. *et al.* Prevalence, incidence, morbidity and treatment patterns in a cohort of patients diagnosed with anxiety in UK primary care. *Family Practice*, v. 27, n. 1, p. 9-16, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp071>.

MARZIALE, M. H. P. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa. *Redenso Internacional*, 2015. Disponível em: <http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/>. Acesso em: 6 dez. 2020.

MENNIN, D. S. *et al.* An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and co-occurring depression. *Depression and Anxiety*, v. 32, n. 8, p. 614-623, 2015. <https://doi.org/10.1002/da.22377>.

MILLSTEIN, D. J. *et al.* Interpersonal problems, mindfulness, and therapy outcome in an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder HHS public access. *Cogn Behav Ther.*, v. 44, n. 6, p. 491-501, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1060255>.

MOOREY, S. *et al.* A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine*, v. 39, n. 5, p. 713-723, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291708004169>.

NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e Classificação* - 2021/2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.

NEPON, J. *et al.* The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depression and Anxiety*, v. 27, n. 9, p. 791-798, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20674>.

NEUFELD, C. B. *et al.* A randomized clinical trial of group and individual cognitive-behavioral therapy approaches for social anxiety disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 20, n. 1, p. 29-37, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.004>.

NOGUEIRA, C. A. *et al.* A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia*, v. 2, n. 1, p. 108-120, 2017.

NORTON, P. J. A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*, v. 43, n. 3, p. 506-517, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.011>.

NORTON, P. J.; BARRERA, T. L. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, v. 29, n. 10, p. 874-882, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.21974>.

NUNES, J. F. *et al.* A aplicação de terapias alternativas no controle da ansiedade em profissionais atuantes em um grupo pela unidade infanto-juvenil de onco-hematologia. *Revista Inova Saúde*, v. 7, n. 1, p. 1-26, 2018.

OLIVEIRA, R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, v. 17, n. 3, p. 469-476, set./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/w3hnsrp3wzVcRPL3DkCzXKr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.

OOSTERBAAN, D. B. *et al.* Collaborative stepped care v. Care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, v. 203, n. 2, p. 132-139, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.125211>.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, v. 5, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PAHLAVANZADEH, S.; ABBASI, S.; ALIMOHAMMADI, N. The effect of group cognitive behavioral therapy on stress, anxiety, and depression of women with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, v. 22, n. 4, p. 271, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4103/1735-9066.212987>.

PEDROSA, K. M.; COUTO, G.; LUCESSE, R. Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para ansiedade: avaliação de resultados na atenção primária. *Psicologia - Teoria e Prática*, v. 19, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p43-56>.

PIMENTA, C. A. de M. *et al.* *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: Coren, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.

PSYCHOSOCIAL treatments. *National Alliance on Mental Illness*, [20-?]. Disponível em: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Treatments/Psychosocial-Treatments>. Acesso em: 4 dez. 2020.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n. 4, Aug. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400005>.

QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. (org.). *Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RANDALL, C. L.; MCNEIL, D. W. Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: a critical review of the literature. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 24, n. 3, p. 296-311, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.003>.

RICHARDS, A. *et al.* PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *British Journal of General Practice*, v. 53, n. 495, p. 767-770, 2003. Disponível em: <https://bjgp.org/content/53/495/764.short>. Acesso em: 4 dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. *Consultas e Exames Especializados*. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/consultas>. Acesso em: 13 mar. 2020.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. Entrevista motivacional no cuidado da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SAMPAIO, F. M. C. *et al.* A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, v. 74, p. 1114-1126, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13520>.

SEEKLES, W. *et al.* Effectiveness of guided self-help for depression and anxiety disorders in primary care: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, v. 187, p. 1-2, p. 113-120, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2010.11.015>.

SHAMSEER, L. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, v. 349, p. 1-25, Jan. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-Transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. *Rev Latino-Am Enfermagem* 9 (4). São Paulo. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400013>

SILVA, R. M. da; JORGE, M. S. B.; SILVA JÚNIOR, A. G. da. (org.). *Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde*. Fortaleza: Editora da UECE, 2015.

SINNEMA, H. *et al.* (2015). Effectiveness of a tailored implementation programme to improve recognition, diagnosis and treatment of anxiety and depression in general practice: a cluster randomised controlled trial. *Implementation Science*, v. 10, n. 33, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0210-8>.

SOUZA, A. M. A. *et al.* Grupo terapêutico com mulheres com transtornos de ansiedade: avaliação pela escala de ansiedade de Hamilton. *Rev. RENE.*, v. 9, n. 1, p. 19-26, 2008.

SPRÉA, R. *et al.* *Guia para psicoeducação I, transtorno depressivo maior: terapeuta e paciente: crianças, adolescentes, adultos*. 1. ed. Curitiba: Rita Spréa, 2020.

STANGIER, U. *et al.* Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, v. 68, n. 7, p. 692-700, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.67>.

STEIN, D. J.; HOLLANDER, E.; ROTHBAUM, B. O. *Textbook of Anxiety Disorders*. 2. ed. [S. l.]: American Psychiatric Publishing, 2009. Disponível em: <https://books.google.com/books?id=quQY1R8vsZcC&pgis=1>. Acesso em: 4 dez. 2020.

STRINE, T. W. *et al.* Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Psychiatric Services*, v. 59, n. 12, p. 1383-1390, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1383>.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. Departamento de Segurança e Execução Penal. *Mapa da População Prisional Ano 2021*. [S. l.: s. n.], 2021.

TAYLOR, C. T. *et al.* Enhancing social connectedness in anxiety and depression through amplification of positivity: preliminary treatment outcomes and process of change. *Cognitive Therapy and Research*, v. 44, n. 4, p. 788-800., 2020. DOI: <https://bit.ly/3aosoXg>.

TAYLOR, C. T.; LYUBOMIRSKY, S.; STEIN, M. B. Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: outcomes of a positive activity intervention. *Depression and Anxiety*, v. 34, n. 3, p. 267-280, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22593>.

TREANOR, M. *et al.* An acceptance-based behavioral therapy for GAD: Effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety*, v. 28, n. 2, p. 127-136, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20766>.

TYRER, H. *et al.* Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients. *International Journal of Nursing Studies*, v. 52, n. 3, p. 686-694, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.013>.

TYRER, P. *et al.* Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (Champ): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. *Health Technology Assessment*, v. 21, n. 50, p. 1-88, 2017. <https://doi.org/10.3310/hta21500>.

VALENTIM, Marta. *Elaboração de manuais, normas, instruções e formulários*. Marília: Universidade Estadual Paulista, 2019. Disponível em: http://valentim.pro.br/ensino/pgua/Elaboracao_Manuais.pdf. Acesso em: 6 dez. 2020.

VILLELA, L. M. A. GRADE. *Journal of Chemical Information and Modeling*, v. 53, p. 1689-1699, 2013.

VOGEL, P. A. *et al.* Metacognitive therapy applications in social anxiety disorder: an exploratory study of the individual and combined effects of the attention training technique and situational attentional refocusing. *Journal of Experimental Psychopathology*, v. 7, n. 4, p. 608-618, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5127/jep.054716>.

WAGNER, E. H. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, v. 320, p. 569-572, 26 Feb. 2000. DOI: <https://bit.ly/3iO7BAV>.

WESNER, A. C. *et al.* Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, v. 33, n. 4, p. 428-433, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>.

WESTRA, H. A.; ARKOWITZ, H.; DOZOIS, D. J. A. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 23, n. 8, p. 1106-1117, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.014>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, p. 1-8, 2005.

WOLITZKY-TAYLOR, K. *et al.* Has evidence-based psychosocial treatment for anxiety disorders permeated usual care in community mental health settings? *Behaviour Research and Therapy*, v. 72, p. 9-17, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.010>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.

YOHANNES, A. M. Nurse-led cognitive behavioural therapy for treatment of anxiety in COPD. *ERJ Open Research*, v. 4, n. 4, p. 00221-02018, 2018. DOI: <https://bit.ly/3DpJpwD>.

YOSHINAGA, N. *et al.* A preliminary study of individual cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in Japanese clinical settings: a single-arm, uncontrolled trial. *BMC Research Notes*, v. 6, n. 1, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-74>.

ZIMMERMANN, T. *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). *International Journal of Nursing Studies*, v. 63, p. 101-111, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.007>.

APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA

PROTOCOLO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA

Objetivos	Identificar na literatura a existência de estudos primários que proponham métodos para a avaliação da eficácia e efetividade das intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros no tratamento de indivíduos com transtorno de ansiedade.
Questão de Pesquisa	As intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros são eficazes e efetivas na diminuição dos sintomas de ansiedade?
	Verificar se essa questão já foi respondida nas seguintes bases de dados: Cochrane Library, Biblioteca Cochrane, disponível na BVS, CRD – Centre for Reviews and Dissemination e Clinical Queries no PubMed.
Critérios de seleção de fontes	Busca de artigos de interesse nas bases de dados indexadas e em periódicos de interesse
Métodos de busca de fontes	Através do uso de palavras-chaves previamente definidas, buscas por artigos de periódicos deverão ser realizadas via web
Descritores, entre termos e operadores booleanos	(therapeutics OR therapeutic OR therapy OR therapies OR treatment OR treatments) AND (nurses OR nursing) AND "anxiety disorders" AND (randomized controlled trial OR controlled clinical trial OR clinical trial OR clinical trials OR "clinical trial" OR comparative study OR observational study OR trials OR random allocation OR double-blind method OR single-blind method OR placebo OR placebos OR random* OR follow-up studies OR prospective studies OR control* OR prospective OR volunteer)
Listagem de fontes	• PubMed; • BVS, • Web of Science • Nurse Media • Journal of Nursing

	• Evidence-Based Nursing • Archives of Psychiatric Nursing
Tipo de artigos	Artigos com texto disponível na íntegra (Free full text), Pesquisa realizadas nos últimos 20 anos
Idioma(s) dos artigos	Inglês, espanhol e português.
Critérios de inclusão	1) ser estudo de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não); 2) envolver apenas adultos (18 a 65 anos) 3) possuir diagnóstico clínico ou estruturado de um transtorno de ansiedade
Critérios de exclusão	1) estudos sem intervenção; 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 o mínimo de 50% de 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.
Critérios de qualidade dos estudos primários	
Critérios de qualidade dos estudos primários	Ter sido publicado em periódico com revisão por pares.
Processo de seleção dos estudos primários	
Estratégia de extração de informação	Serão preenchidos “formulários de extração de dados” para cada texto, considerado válido para a RS, lido integralmente. Além das informações básicas (dados bibliográficos, data de publicação, abstract, entre outros), esses formulários deverão conter a síntese do trabalho, redigida pelo pesquisador que conduzirá a RS e reflexões pessoais do mesmo a respeito do conteúdo e das conclusões do estudo.

Sumarização dos resultados	Com os resultados obtidos, deverá ser redigido um relatório que descreve sinteticamente o conteúdo da RS. Análises qualitativas e quantitativas, com relação aos trabalhos pesquisados e suas conclusões, também deverão ser realizadas.
----------------------------	--

Fonte: Autor (2019)

APÊNDICE B – FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS

FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS PARA REVISÃO SISTEMÁTICA

Identificação	
Base de dados	
Título do artigo	
DOI	
Autores	
Título do periódico	
Idioma	
País	
Ano de Publicação	
Dados do estudo	
Objetivo do estudo	
Desfecho clínico	
Desfecho secundário	
Desfecho substituto	
Cenário	
Metodologia	
Delineamento	
Randomização	Alocação oculta () Sim () Não Cegamento participantes () Sim () Não Cegamento terapeuta () Sim () Não Cegamento avaliação () Sim () Não
Amostra	Tamanho da amostra no grupo Intervenção: _____ Tamanho da amostra no grupo Controle: _____ Relato seletivo sobre um único grupo: () Sim () Não
Perdas de seguimento	Grupo Intervenção: _____ Grupo Controle: _____

	Análise por intenção de tratar: () Sim () Não
Interrupção precoce por benefício	() Sim () Não
Critérios de inclusão	
Critérios de exclusão	
Diagnóstico	() Clínico () Estruturado (M.I.N.I.)
Instrumentos de avaliação	
Características	Grupo Intervenção
	Grupo Controle
Tratamento	Grupo Intervenção
	Grupo Controle
Treinamento dos terapeutas	Grupo Intervenção
	Grupo Controle
Formação e especialização dos terapeutas	Grupo Intervenção
	Grupo Controle
Outras informações importantes	
Resultados	

Risco relativo	
Intervalo de confiança	
<i>Odds Ratio</i> (razão de chances)	
Efeito Absoluto (média observada)	
Tamanho de efeito	
Custo-benefício	
Outras informações	
Há viés de publicação	
Limitações	
Conclusão	
Dados de Metanálise	
Inconsistência ou heterogeneidade	
Coefficiente de concordância de 0 a 1 Kappa	
Análise de sensibilidade	

Fonte: Autor (2019)

APÊNDICE C – PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA

PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA

Objetivos	Identificar na literatura a existência de estudos primários que proponham métodos para intervenções terapêuticas para transtorno de ansiedade.
Questão de pesquisa	Quais intervenções terapêuticas estão sendo realizadas para os transtornos de ansiedade?
	Verificar se essa questão já foi respondida nas seguintes bases de dados: Cochrane Library, Biblioteca Cochrane, disponível na BVS, CRD – Centre for Reviews and Dissemination e Clinical Queries no PubMed.
Critérios de seleção de fontes	Busca de artigos de interesse nas bases de dados indexadas e em periódicos de interesse
Métodos de busca de fontes	Através do uso de palavras-chaves previamente definidas, buscas por artigos de periódicos deverão ser realizadas via web
Descritores, entre termos e operadores booleanos	<i>("Anxiety disorder*" OR anxiety) AND (Therapeutic* OR "Therapeutic* Approache*" OR Treatment*) NOT ("pharmaceutical preparations" OR pharmacology OR drug*) AND (anxiolytic* OR antidepressant*) AND (children* OR teenager*)</i>
Listagem de fontes	• PubMed; • BVS, • Web of Science • CINAHL
Tipo de artigos	Artigos com texto disponível na íntegra (Free full text), Pesquisa realizadas nos últimos 10 anos
Idioma(s) dos artigos	Inglês, espanhol e português.
Critérios de inclusão	1) ser estudo de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não); 2) envolver apenas adultos (18 a 65 anos)

	3) possuir diagnóstico clínico ou estruturado de ansiedade
Critérios de exclusão	1) estudos secundários; 2) estudos com crianças; 3) pacientes com doenças crônicas; 4) COVID-19; 5) cuidados paliativos; 6) pacientes em uso de medicamentos ansiolíticos; 7) intervenções envolvendo o uso de aplicativos, internet e/ou celular
Critérios de qualidade dos estudos primários	
Critérios de qualidade dos estudos primários	Ter sido publicado em periódico com revisão por pares.
Processo de seleção dos estudos primários	
Estratégia de extração de informação	Serão preenchidos “formulários de extração de dados” para cada texto, considerado válido para a RI, lido integralmente. Além das informações básicas (dados bibliográficos, data de publicação, abstract, entre outros), esses formulários deverão conter a síntese do trabalho, redigida pelo pesquisador que conduzirá a RI e reflexões pessoais do mesmo a respeito do conteúdo e das conclusões do estudo.
Sumarização dos resultados	Com os resultados obtidos, deverá ser redigido um relatório que descreve sinteticamente o conteúdo da RS. Análises qualitativas e quantitativas, com relação aos trabalhos pesquisados e suas conclusões, também deverão ser realizadas.

Fonte: Autor (2020)

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, TADEU SILVA ZAMPIRON, na qualidade de responsável pelo Departamento de Tratamento Penal da SUSEPE, autorizo a realização da pesquisa intitulada *Protocolo de enfermagem para pacientes com transtorno de ansiedade de uma unidade de saúde do sistema prisional* a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Cristina Wesner Viana na Unidade Básica de Saúde Prisional da Penitenciária Estadual Feminina Madre Pelletier e declaro que esta instituição apresenta as condições necessárias à realização da referida pesquisa. Este termo é válido apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa pelo proponente do estudo.

Porto Alegre, 09 de outubro de 2020.

Nome:

Função:

Carimbo da Instituição

Tadeu Silva Zampiron
Diretor do Departamento de Tratamento Penal
Id. Funcional: 2853698

Departamento de Tratamento Penal
SUSEPE
Rua Voluntários da Pátria, 1358
4º andar, sala 409 - Floresta
Porto Alegre
CEP 90.230-010

ANEXO B – GRADE

Síntese da avaliação do nível de qualidade das evidências de acordo com o Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)

Alto	Estamos muito confiantes de que o verdadeiro efeito está próximo da estimativa do efeito	É improvável que pesquisas futuras mudem nossa confiança na estimativa do efeito
Moderado	Estamos moderadamente confiantes na estimativa do efeito: o efeito verdadeiro provavelmente está próximo da estimativa do efeito, mas existe a possibilidade de que seja substancialmente diferente	Pesquisas adicionais provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa do efeito e podem alterar a estimativa
Baixo	Nossa confiança na estimativa de efeito é limitada. O verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente da estimativa do efeito	É provável que mais pesquisas tenham um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito e provavelmente alterarão a estimativa
Muito baixo	Temos muito pouca confiança na estimativa do efeito: o efeito verdadeiro provavelmente será substancialmente diferente da estimativa do efeito	Qualquer estimativa de efeito é muito incerta

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 72p

ANEXO C – INSCRIÇÃO PROSPERO

Gmail - PROSPERO Registration message [202939]



Cristina Wesner <wesner.viana@gmail.com>

PROSPERO Registration message [202939]

7 de setembro de 2020 13:27

We apologise for the delay in dealing with your registration, an ever-increasing number of applications has led to a backlog and substantial delays for some users.

PROSPERO is currently prioritising submissions related to COVID-19. To enable us to focus on these submissions, and to avoid additional delay, during the pandemic we will automatically publish submissions that have been waiting more than 30 days for registration.

This applies to your systematic review "Effectiveness and efficiency of nurse's therapeutic interventions on the treatment of people with anxiety disorders." which was published on our website on Sep 07, 2020.

The records will be published exactly as submitted, without review by the PROSPERO team, so the public record will indicate:

"To enable PROSPERO to focus on COVID-19 registrations during the 2020 pandemic, this registration record was automatically published exactly as submitted. The PROSPERO team has not checked eligibility"

Review owners have always been responsible for the quality and content of PROSPERO records, and high-quality well-written records will continue to speak for themselves.

Your registration number is: CRD42020202939

You are free to update the record at any time, all submitted changes will be displayed as the latest version with previous versions available to public view. Please also give brief details of the key changes in the Revision notes facility and remember to update your record when your review is published. You can log in to PROSPERO and access your records at <http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>

Best wishes for the successful completion of your review.

Yours sincerely,

PROSPERO Administrator
Centre for Reviews and Dissemination
University of York
York YO10 5DD
t: +44 (0) 1904 321049
e: CRD-register@york.ac.uk
www.york.ac.uk/inst/crd

PROSPERO is funded by the National Institute for Health Research and produced by CRD, which is an academic department of the University of York.

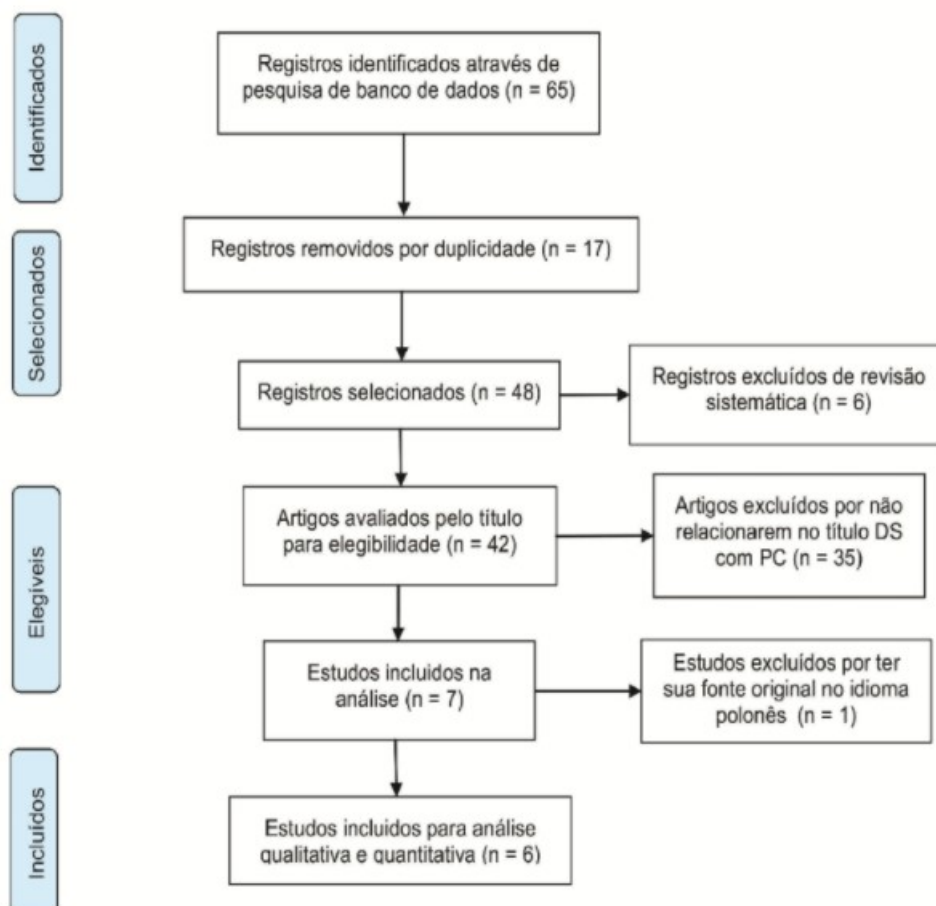
Email disclaimer: <https://www.york.ac.uk/docs/disclaimer/email.htm>

Other non-commercial resources that may be of interest

SRDR-Plus is a systematic review data management and archival tool that is available free of charge <http://sdrplus.ahrq.gov>.

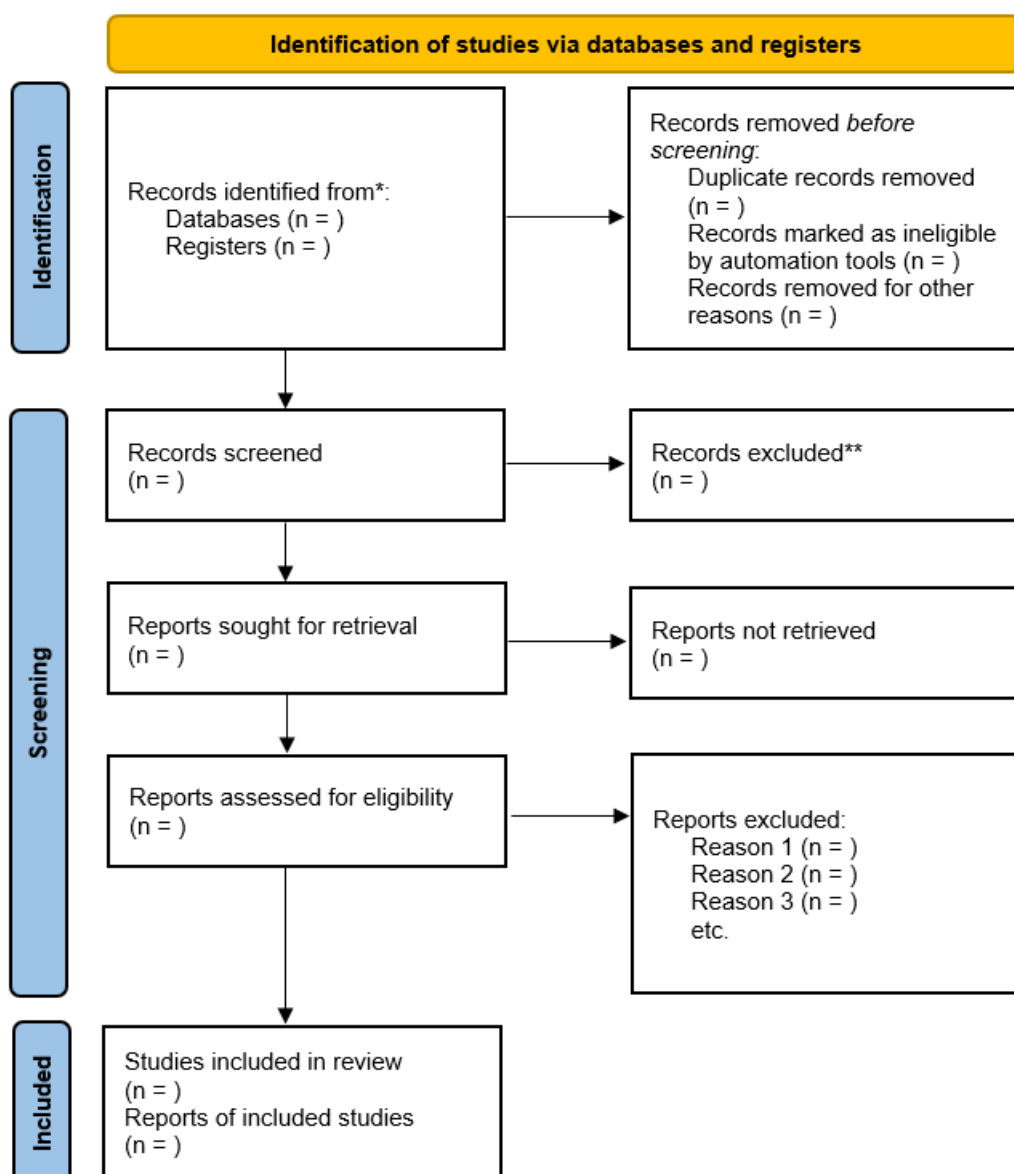
ANEXO D – FLUXOGRAMA DA RECOMENDAÇÃO PRISMA/2009

REVISÃO SISTEMÁTICA



ANEXO E – FLUXOGRAMA DA RECOMENDAÇÃO PRISMA/2020

REVISÃO INTEGRATIVA



ANEXO F – CHECKLIST DA RECOMENDAÇÃO PRISMA/2020

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	

RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

ANEXO G – FORMULÁRIO AGREE II

DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

8. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO (continuação)

11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

15. As recomendações são específicas e sem ambigüidade.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ

Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação da diretriz

1. Classifique a qualidade global da presente diretriz.

1 Qualidade mais baixa possível	2	3	4	5	6	7 Qualidade mais alta possível
---------------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------------------

2. Eu recomendo o uso desta diretriz

- ☐ Sim
- ☐ Sim, com modificações
- ☐ Não

Anotações