

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

EMELY SIQUEIRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E INDICADORES DA *NURSING OUTCOMES
CLASSIFICATION* (NOC) EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO**

**Porto Alegre
2018**

EMELY SIQUEIRA DA SILVA

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E INDICADORES DA *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION* (NOC) EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa Dra Elizeth Heldt

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Emely Siqueira da
AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E INDICADORES DA NURSING
OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) EM PACIENTES COM
TRANSTORNO DE PÂNICO / Emely Siqueira da Silva. --
2018.
55 f.
Orientadora: Elizeth Heldt.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-
RS, 2018.

1. Transtorno de Pânico . 2. Processo de
Enfermagem. 3. Resultados NOC. 4. Terapia Cognitivo-
Comportamental. I. Heldt, Elizeth, orient. II.
Título.

AGRADECIMENTOS

À minha querida e amada orientadora, Profa Dra Elizeth Heldt, que compartilhou suas valiosas experiências, auxiliando meu crescimento pessoal e profissional. És um exemplo. Obrigada pela parceria, incentivo, atenção e carinho ao longo da graduação.

A Enfª Andressa Behenck pela oportunidade, auxílio e aprendizado durante os grupos de terapia. És brilhante.

Aos pacientes que foram parceiros e colaborativos para a realização do trabalho.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o qual me proporcionou desde o início da graduação um imensurável aprendizado.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) onde realizei minha trajetória acadêmica, do qual sou orgulhosa.

Aos meus pais pelo amor incondicional, compreensão e companheirismo ao longo da caminhada acadêmica. A minha avó Benta (*in memoriam*) que me ensinou o real significado de integridade, perseverança e amor.

A Deus, por me fortalecer em mais uma batalha.

RESUMO

O transtorno de pânico (TP) é uma doença crônica caracterizada pela presença de ataques súbitos de ansiedade em conjunto com a intensa sensação de medo e desconforto. Dentre as modalidades de tratamento eficazes está a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) que no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é coordenado por uma enfermeira. A avaliação inicial do paciente é realizada em consulta de enfermagem onde são utilizadas as etapas do Processo de Enfermagem (PE) para a definição do Diagnóstico de Enfermagem (DE), por meio da Taxonomia NANDA Internacional (NANDA-I) e as intervenções de enfermagem são determinadas com a *Nursing Interventions Classification* (NIC). No entanto, a etapa da avaliação de resultados segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), ainda não foi implementada. Os objetivos do estudo foram definir os DEs e os resultados da NOC com as respectivas definições conceituais e operacionais para os indicadores estabelecidos na avaliação dos pacientes com TP; e avaliar a evolução clínica dos pacientes por meio de resultados da NOC antes e após o término de um grupo piloto de TCCG para TP. Trata-se de um estudo misto, desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa compreendeu uma pesquisa metodológica que utilizou o consenso de quatro especialistas em saúde mental e em PE para a escolha dos resultados e indicadores da NOC. Posteriormente ao consenso, foi realizada a revisão da literatura para elaborar as definições operacionais dos indicadores selecionados. A segunda etapa foi uma pesquisa de resultados, com a aplicação do instrumento elaborado para avaliar os pacientes com TP durante o grupo de TCC, no início, no meio e no final das 12 sessões. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Os DEs definidos para os pacientes com TP foram: Medo (00148); Ansiedade (00146); Tristeza crônica (00137); Enfrentamento Ineficaz (00069) e Resiliência Prejudicada (00210). Após o consenso, as especialistas selecionaram cinco resultados NOC: Nível de Medo (1210), com quatro indicadores; Nível de Ansiedade (1211), com seis indicadores; Nível de depressão (1208), com cinco indicadores; Enfrentamento (1302), com três indicadores e Autocontrole da Ansiedade (1402) com três indicadores. As definições conceituais e operacionais foram determinadas para cada indicador. Na segunda etapa, sete pacientes concluíram a TCCG. Ocorreu uma mudança significativa em pelo menos um dos indicadores de cada resultado NOC avaliado no final da TCCG. Portanto, o consenso entre especialistas permitiu selecionar os resultados mais apropriados para a avaliação de pacientes com TP. Os resultados do grupo piloto apontaram para a viabilidade da avaliação da evolução dos sintomas dos pacientes com TP por meio dos resultados de enfermagem NOC em cenário ambulatorial.

Palavras-Chave: Transtorno de Pânico. Processo de Enfermagem. Resultados NOC. Terapia Cognitivo-Comportamental.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 OBJETIVOS | 10 |
| 2.1 Objetivo geral | 10 |
| 2.2 Objetivos específicos | 10 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 11 |
| 3.1 Transtorno de pânico (TP) | 11 |
| 3.2 Terapia cognitivo-comportamental (TCCG) | 13 |
| 3.3 Consulta de enfermagem em saúde mental | 16 |
| 3.4 Sistemas de linguagem padronizada (SLP) | 17 |
| 4 MÉTODO | 19 |
| 4.1 Tipo de estudo | 19 |
| 4.2 Local de estudo | 19 |
| 4.3 População e amostra | 20 |
| 4.4 Intervenção | 20 |
| 4.5 Coleta de dados | 21 |
| 4.6 Análise dos dados | 21 |
| 4.7 Aspectos éticos | 22 |
| 5 RESULTADOS | 23 |
| 5.1 Diagnósticos de Enfermagem elencados para pacientes com TP | 23 |
| 5.2 Resultados de enfermagem NOC e indicadores selecionados | 26 |
| 5.3 Definições conceituais e operacionais para resultados de enfermagem NOC | 27 |
| 5.4 Grupo piloto de TCCG para TP: avaliação com resultados NOC | 34 |
| 6 DISCUSSÃO | 36 |
| 6.1 Seleção dos Diagnósticos de Enfermagem | 36 |
| 6.2 Resultados de enfermagem NOC e indicadores selecionados | 37 |
| 6.3 Resultados de enfermagem NOC do grupo piloto | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 7 CONCLUSÕES | 41 |
| REFERÊNCIAS | 42 |
| APÊNDICE A - Instrumento do consenso - etapa 1 | 45 |
| APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados - pacientes | 46 |
| APÊNDICE C - Instrumento de avaliação dos resultados - etapa 2 | 47 |
| APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – etapa 1 | 48 |
| APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – etapa 2 | 49 |
| ANEXO A - Sessões de TCCG para TP | 50 |
| ANEXO B - Escala de Gravidade do TP (PDSS) | 51 |
| ANEXO C- Escala Hamilton de Ansiedade (HAM-A) | 54 |
| ANEXO D - Carta de Aprovação do CEP/HCPA | 55 |

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques súbitos de ansiedade em conjunto com a intensa sensação de medo e desconforto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Trata-se de uma doença crônica (KESSLER et al., 2012) com impacto negativo na qualidade de vida (CRASKE et al., 2017). Os sintomas físicos e afetivos durante o ataque de pânico surgem abruptamente e acarretam um pico de ansiedade em poucos minutos. Os sintomas físicos apresentam-se na forma de palpitação e taquicardia, dor torácica, sudorese, tontura, tremores, falta de ar, parestesias, desconforto estomacal e náuseas. Os sintomas afetivos constituem-se em medo de morrer, de enlouquecer ou de perder o controle (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Geralmente, os ataques são precedidos pelo aumento da ansiedade e pelo medo de ter um novo ataque, sendo denominado de ansiedade antecipatória. Em conjunto está presente a esquiva fóbica, em que há a evitação de lugares ou situações onde as crises ocorreram anteriormente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A etiologia do TP é considerada complexa, devido à interação de aspectos biológicos e psicossociais. Evidências sugerem que a manifestação do TP está relacionada a uma predisposição constitucional herdada geneticamente e a aspectos neuroquímicos (GRAEFF et al., 2005). De acordo com o modelo cognitivo, a gênese do TP pode estar relacionada com a interpretação distorcida e catastrófica do indivíduo às reações fisiológicas ou a eventos externos, aumentando a preocupação e desencadeando a ansiedade exacerbada com pensamentos excessivamente negativos (CLARK, 1986).

Estudos também indicam que experiências traumáticas na infância estão associadas ao desenvolvimento do TP na idade adulta, sendo que cerca de 80% dos pacientes relataram estressores de vida nos últimos 12 meses que precederam o início do transtorno (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

A repercussão do TP pode ser observada na diminuição da produtividade, do absenteísmo (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009) e da maior utilização dos serviços de saúde, acarretando um alto custo social (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008). Os índices elevados de comorbidades associadas ao TP estão ligados à depressão

e aos outros transtornos de ansiedade que influenciam negativamente o curso da doença (YATES, 2009).

O tratamento precoce do TP diminui o sofrimento e o prejuízo subsequente ao surgimento de complicações e comorbidades. De forma geral, existem três formas de tratamento do TP: o farmacológico, o psicoterapêutico e o combinado (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma alternativa eficaz em curto e longo prazo, principalmente na redução dos sintomas residuais, como as evitações e a ansiedade antecipatória (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008). Trata-se de uma abordagem que utiliza a psicoeducação, no intuito de corrigir interpretações errôneas acerca do TP; treinamento de técnicas para diminuir a ansiedade, como respiração diafragmática e relaxamento muscular; identificar e corrigir distorções no pensamento; aprender a lidar com os sintomas físicos do ataque de pânico e estimular os indivíduos a enfrentar as principais situações que desencadeiam o medo dos sintomas fisiológicos chamado exposição ao vivo (HELDT et al., 2008; SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

A prática da TCC proporciona a diminuição das recaídas ou espaçamentos entre as crises, resultando na melhora na qualidade de vida (MANFRO; HELDT; BLAYA, 2018). A terapia é breve e pode ser realizada individualmente ou em grupo, podendo iniciar em qualquer etapa do tratamento farmacológico (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008). A TCC em grupo (TCCG) para o TP consta de um protocolo de 12 sessões, com objetivos e procedimentos a serem realizados durante cada encontro (HELDT et al., 2008).

No ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) os pacientes com TP são atendidos por uma equipe multiprofissional por meio de consulta e de grupo. A enfermeira vinculada à equipe presta o cuidado na consulta de enfermagem e no grupo de TCC. Na consulta, a enfermeira se utiliza do processo de enfermagem (PE) fundamentado na teoria das necessidades humanas básicas que visa à sistematização da assistência de enfermagem (SAE) (FRANZEN et al., 2012; HELDT; BEHENCK; MARINI, 2015).

A SAE está embasada no uso de taxonomias como a *NANDA International* (NANDA-I), para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) (HERDMAN; KAMITSURI, 2015); a *Nursing Interventions Classification* (NIC), visando selecionar as intervenções de enfermagem (BULECHEK et al, 2016); e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), para avaliação dos resultados (MOORHEAD et al., 2016). A

utilização da SAE na consulta de enfermagem em saúde mental tem possibilitado a implementação dos DEs e a definição das intervenções de enfermagem (THOMÉ et al., 2014). No entanto, a avaliação dos resultados de enfermagem NOC ainda não foi implementado na consulta.

Neste contexto, encontra-se a alternativa da avaliação dos resultados através da utilização da ferramenta NOC que compreende os desfechos de enfermagem que descrevem diversos índices como comportamento, estado, reações e sentimentos em resposta ao cuidado prestado, monitorando a melhora, piora ou a estagnação do estado do paciente (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011). A escala *Likert* de 5 pontos é padronizada e utilizada para a mensuração dos indicadores e resultados (MOORHEAD et al., 2016).

Recentemente, um estudo realizado com pacientes em tratamento para cessação do tabagismo no ambulatório do HCPA, concluiu que o consenso entre os profissionais permitiu selecionar os resultados mais adequados à avaliação desses pacientes. As autoras concluíram que as definições operacionais dos indicadores viabilizam o uso da NOC na prática clínica (MANTOVANI et al., 2017). Atualmente, os resultados da TCCG para os pacientes com TP no HCPA são avaliados por meios de instrumentos para a identificação e evolução dos sintomas, como: a Escala de Gravidade do TP (PDSS) e a Hamilton Ansiedade (HAM-A) (BEHENCK et al., 2017). Observa-se, então, a necessidade da implementação de um sistema de avaliação de resultados no cuidado de enfermagem ambulatorial. Assim, a questão de pesquisa do estudo é sobre a viabilidade de utilizar os resultados de enfermagem NOC em saúde mental no cenário ambulatorial.

Devido à escassez de estudos na área, o presente projeto pretende aprofundar o conhecimento da NOC em relação à prática ambulatorial em saúde mental, avaliando os resultados obtidos dos pacientes com TP em acompanhamento nas consultas de enfermagem e nos grupos de TCC.

A partir da atuação como bolsista de estágio não-obrigatório no Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB) e participante do Grupo de Pesquisa de Enfermagem Ambulatorial e em Atenção Básica (GPEAMAB) surgiu a motivação em aprofundar o conhecimento relacionado ao TP, através da vivência de consultas e grupos de enfermagem no ambulatório do HCPA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a aplicação de resultados e indicadores de enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) na avaliação de pacientes com transtorno de pânico (TP).

2.2 Objetivos específicos

- Estabelecer os principais diagnósticos de enfermagem para os pacientes com TP em consulta de enfermagem;
- Selecionar os resultados e indicadores de enfermagem da NOC adequados para avaliação de pacientes com TP em consulta de enfermagem;
- Elaborar as definições conceituais e operacionais para os indicadores estabelecidos para avaliação dos pacientes com TP;
- Avaliar a evolução clínica de pacientes por meio de resultados de enfermagem NOC antes e após um grupo piloto de terapia cognitivo-comportamental em grupo para TP.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura, visando conhecer melhor a temática, serão abordados mais detalhadamente os temas: transtorno de pânico; terapia cognitivo-comportamental em grupo; consulta de enfermagem em saúde mental e os sistemas de linguagem padronizada NANDA-I, NIC e NOC.

3.1 Transtorno de Pânico (TP)

O TP, de acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais-5 (DSM-5), é um dos transtornos de ansiedade que apresenta etiologia complexa e curso crônico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Caracteriza-se pela presença de crises agudas de ansiedade, seguidos por pensamentos catastróficos de medo de morrer, de desmaiar, de enlouquecer ou perder o controle (VALENTE; MELLO, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Manifesta-se durante o final da adolescência ou início da vida adulta, com prevalência de duas a três vezes mais frequentes entre as mulheres e atinge 3,5% da população em geral (KESSLER et al., 2012) e 1,7% da população brasileira (DE JONGE et al., 2016). Indivíduos com temperamento ansioso e que vivenciam períodos frequentes de estresse poderão ativar componentes panicogênicos em reação a sensibilidade à ansiedade, desencadeando sintomas fisiológicos (FAVA; MORTON, 2009).

A qualidade de vida dos indivíduos com TP é diminuída em decorrência do isolamento social, conduzindo a dificuldades das relações interpessoais, a diminuição da autonomia, da produtividade (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009) e o não enfrentamento de situações consideradas ameaçadoras (VALENTE; MELLO, 2013).

Os ataques ocorrem a qualquer momento, em decorrência da exposição a estressores que o indivíduo está submetido. Os estressores podem ser pressuposições ou assimilações errôneas (KING et al., 2007) e catastróficas (CLARK, 1986) que elevam o nível de ansiedade. Os desencadeantes externos (locais ou situações) ou internos (pensamentos ou sensações corporais) transmitem avaliações negativas e sinal de perigo eminente (ITO, 2001; MONTIEL et al., 2014).

O receio de ocorrer outro ataque (ansiedade antecipatória) poderá provocar desconforto e fazer com que o indivíduo reaja a situações que não ofereçam perigo real, chamado de “alarme falso” contribuindo para o ciclo da doença (VALENTE; MELLO, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A etiologia do TP ainda não foi totalmente esclarecida. Pesquisas realizadas nas décadas de 1960 e 1970 relataram o aumento do tônus do sistema nervoso simpático e alterações na quimiorregulação como pressuposições para a ocorrência do transtorno. Diversas teorias foram estudadas e testadas posteriormente. Primeiramente, em 1989, a teoria neuroanatômica inferiu que os ataques de pânico estavam relacionados ao tronco cerebral, responsável pelas transmissões de serotonina e noradrenalina e o controle respiratório, relacionado a aspectos neuroquímicos. Atestou, também, que o uso de medicações influenciavam para a estabilização da atividade do tronco cerebral desencadeando redução da ansiedade. Em 2000, essa teoria foi revisada para tentar relacionar a herança de sensibilidade e o mecanismo de medo, ligados ao sistema nervoso central e ao núcleo da amígdala cerebelosa. A teoria cognitiva para o TP relata a predisposição dos indivíduos para produção de pensamentos catastróficos e, principalmente, sensações corporais (GRAEFF et al., 2005).

O diagnóstico de TP é realizado levando em consideração diversos fatores excludentes, como a existência de problemas cardiovasculares, pulmonares, entre outros. A presença de depressão e outros transtornos de ansiedade influenciam negativamente no curso da doença (YATES, 2009).

A partir da comprovação do diagnóstico, o tratamento deverá ser individualizado visando a melhora dos sintomas e ataques. Os tratamentos para o TP consistem em psicofarmacológico, psicoterapêutico e o combinado (VALENTE; MELLO, 2013; SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

O tratamento farmacológico consiste em utilizar os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), como: fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram e escitalopram. Também é indicado o inibidor de recaptção da serotonina e da noradrenalina (IRSN) como a venlafaxina. A utilização desses psicofármacos é a primeira escolha farmacológica para o TP. Os antidepressivos tricíclicos (ATC), como a clomipramina e imipramina, são igualmente eficazes, porém são menos tolerados que os ISRS devido aos efeitos adversos. sendo utilizados como segunda escolha no tratamento do TP. Outra medicação

utilizada em conjunto com os antidepressivos são os benzodiazepínicos, como: alprazolam, clonazepam, diazepam e lorazepam (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

A combinação da psicofarmacologia com a TCC proporciona resultados positivos para a diminuição dos ataques e consequente, otimização da qualidade de vida (MANFRO; HELDT; BLAYA, 2018).

3.2 Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo (TCCG)

A TCCG para o TP consta de um protocolo de 12 sessões com integração de procedimentos para auxiliar na redução da ansiedade geral e criar condições para reestruturar pensamentos e sensações mal-interpretadas desenvolvidas durante o ataque de pânico (KING et al., 2007; HELDT et al., 2008). É também indicada para pacientes que apresentam resposta parcial no tratamento farmacológico, ou seja, continuam com sintomas residuais como a ansiedade antecipatória e a esquia fóbica (MANFRO; HELDT; BLAYA; 2018).

Um conjunto de técnicas são utilizadas para propiciar o entendimento do transtorno. Os focos principais das sessões são a escuta do paciente, técnicas cognitivas (psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas de resolução de problemas) e comportamentais (exposição interoceptiva e ao vivo), em conjunto com o relaxamento muscular e exercícios respiratórios (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

Os estímulos desencadeantes dos ataques de pânico e sensações físicas, realizados durante a TCCG, tem como objetivo reconhecer e assimilar que esses sintomas não apresentam riscos e que podem ser manejados sem considerar que sejam o prenúncio de algo grave ou ameaçador (KING et al., 2007). Evidentemente, o sucesso do tratamento está vinculado à adesão as tarefas estabelecidas durante a TCCG (BEHENCK et al., 2017).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para ingresso no grupo de TCC, os pacientes realizam uma avaliação inicial por meio da consulta de enfermagem ambulatorial, onde relatam seu histórico de sintomas, curso da doença, hábitos de vida e expectativas em relação ao grupo, assim como realizam o preenchimento de escalas e listas para mensurar a gravidade de seus sintomas.

Os elementos do protocolo nas sessões de TCCG também constam na NIC para a assistência de pacientes com sintomas do TP e são os seguintes:

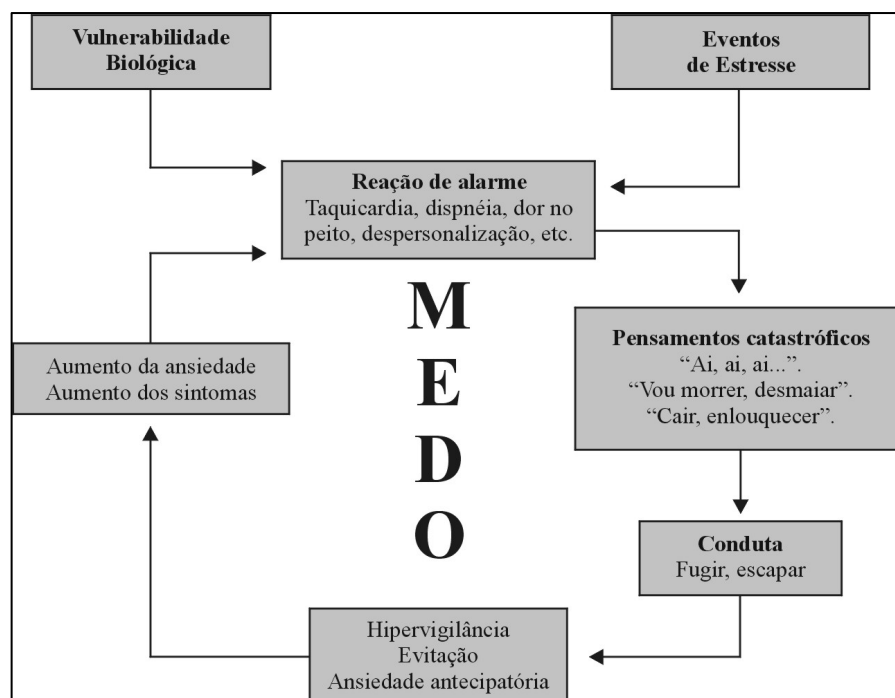
• Psicoeducação

É uma abordagem executada durante as sessões iniciais e repetida durante o seguimento da terapia em TP. A psicoeducação fornece fundamentos para o tratamento atuando diretamente na diminuição da ansiedade e do medo, enfatizando a definição dos sintomas e da reestruturação do pensamento para a minimização dos comportamentos estressores desencadeantes do TP (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008; BEHENCK et al., 2017).

Os resultados positivos da TCC para o TP demonstram, em curto e longo prazo, a melhoria no curso da doença e a diminuição de sintomas como a ansiedade antecipatória, a esquiva fóbica e a agorafobia (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008; MANFRO; HELDT; BLAYA; 2018).

Durante esta fase é ressaltada a importância dos efeitos da respiração inadequada no agravamento dos sintomas do TP. A educação respiratória (respiração diafragmática ou abdominal) e exercícios de relaxamento muscular, influenciam na redução da tensão, do medo e da ansiedade, proporcionando melhor manejo dos ataques de pânico (ITO, 2001; MANFRO; HELDT; BLAYA; 2018). Na Figura 2 está apresentado o modelo cognitivo do ciclo do medo no TP.

Figura 2 – Ciclo do medo no transtorno de pânico



Fonte: Manfro; Heldt; Blaya; 2018

- ***Técnicas para enfrentamento da ansiedade***

As técnicas de enfrentamento consistem em respiração diafragmática e relaxamento muscular. A respiração, durante os ataques de pânico, costuma ser superficial, rápida, ofegante e com inspirações profundas. Devido ao padrão respiratório ineficaz é desencadeado a hiperventilação e conseqüente sintomas fisiológicos como taquicardia, sufocação entre outros. O uso do diafragma na respiração, a partir de exercícios simples, produz diminuição do desconforto e desaceleração da respiração (ITO, 2001; HELDT et al., 2008).

A tensão muscular proporciona o aumento da ansiedade, transmitindo a sensação antecipatória para o ataque de pânico. O exercício proposto durante a TCCG envolve a tensão e relaxamento de diversos grupos musculares durante o período de 5 à 10 segundos, repetido diversas vezes, até emitir sinais de relaxamento e conforto completo (ITO, 2001; HELDT et al., 2008).

- ***Terapia cognitiva***

A terapia cognitiva visa a reestruturação do pensamento para minimizar interpretações catastróficas, sintomas físicos e crenças sobre a desesperança e a incapacidade de administrar a ansiedade e o ataque de pânico (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008; BEHENCK et al., 2017). Durante as sessões são trabalhados diversas técnicas como:

- ❖ *Análise dos erros de lógica*: demonstrando que os pensamentos são hipóteses e não a realidade.
- ❖ *Decatastrofização*: avaliando a possibilidade de que o evento imaginado aconteça e avaliar as conseqüências, demonstrando que são manejáveis e suportáveis.
- ❖ *Reatribuição*: responsabilização pelos eventos negativos, flexibilização e tolerância com outros indivíduos.
- ❖ *Generalização*: Desmistificar a relação do “todo”, fazendo previsões decorrentes do momento atual e não de situações ainda não vivenciadas.

- **Terapia comportamental**

As técnicas anteriores são preparações para facilitar o enfrentamento das situações desencadeadoras de ansiedade e pânico. Inicia-se com atividades que exigem menor ansiedade e, progressivamente, o grau de ansiedade será aumentado, até chegar na situação mais temida. A terapia comportamental visa a exposição interoceptiva e ao vivo. Ressalta-se a importância da adesão no tratamento para resultados efetivos (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

- ❖ *Exposição interoceptiva*: visa corrigir sintomas catastróficos dos sintomas físicos vivenciados. Os indivíduos são expostos, gradualmente, a ansiedade até conseguirem sentir-se confortáveis com as situações. É realizado o enfrentamento a partir da provocação intencional dos sintomas através de exercícios físicos. Diante da expressão fisiológica, os indivíduos conseguem identificar os pensamentos relacionados a esses sintomas e corrigi-los.
- ❖ *Exposição ao vivo*: É a principal intervenção para superar a evitação agorafóbica. O paciente precisa listar lugares ou situações que provocam medo ou desencadeiam pânico e avaliar o nível de ansiedade e pensamentos negativos oriundos dessas situações. Inicialmente, a exposição acontece a situações menos ansiogênicas que progressivamente serão aumentadas. A ação deverá ser ao longo do tempo e por repetida diversas vezes, até o desaparecimento da ansiedade desadaptativa.

3.3 Consulta de enfermagem em saúde mental

A enfermagem preocupa-se constantemente com a melhoria da assistência através da pesquisa de conhecimentos para sistematizar e organizar a prática e o processo do cuidar, visando o favorecimento de uma assistência baseada não somente na dimensão biológica e, também, na compreensão do homem como sujeito social no processo saúde-doença, seja no âmbito intra hospitalar ou extra hospitalar, como na atenção primária e ambulatorial (OLIVEIRA et al., 2012).

Nesse contexto, a consulta de enfermagem aplica-se de forma sistemática e contínua à comunidade como uma estratégia de cuidado, respaldada por lei, privativa do enfermeiro e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada como a prevenção e promoção da saúde em instituições públicas ou privadas, de

acordo com o Código de Ética de Enfermagem brasileira (COREN-RS, 2018). Possui como fundamentos os princípios da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979), tendo como foco central as necessidades individualizadas de saúde do paciente (OLIVEIRA et al., 2012; FRANZEN et al., 2012).

O PE utilizado na consulta visa a organização e continuidade do cuidado, sendo estruturado em etapas. Na primeira consulta é realizada a anamnese e o exame físico, os quais contêm registros de dados subjetivos, referentes ao que é relatado pelo paciente e/ou cuidador, e de dados objetivos, referentes ao que é observado e avaliado pelo enfermeiro (FRANZEN et al., 2012).

Na consulta de enfermagem em saúde mental, o exame de estado mental (EEM) deve ser aplicado em conjunto com a anamnese e exame físico, avaliando possíveis alterações psíquicas apresentadas pelo paciente (HELDT; BEHENCK; MARINI, 2015). As funções psíquicas são descritas em afetividade e humor, atenção, conduta, consciência, inteligência, linguagem, memória, orientação, pensamento e sensopercepção. A consulta de enfermagem, a partir dos conhecimentos em saúde mental do enfermeiro, avalia a indicação de intervenção, como por exemplo, os grupos de TCC (HELDT; BEHENCK; MARINI, 2015).

Considerando a consulta de enfermagem como um instrumento importante na avaliação de pacientes, é imprescindível a necessidade da utilização de uma linguagem padrão e universal para possibilitar a documentação correta dos registros de enfermagem. Os sistemas de classificações de enfermagem são ferramentas que auxiliam na execução e registo das etapas do PE. Ao serem padronizados, refletem a uniformização de significados comuns na prática clínica proporcionando melhor planejamento de intervenções e de resultados de enfermagem (ALMEIDA et al., 2011).

3.4 Sistemas de linguagem padronizada (SLP)

Na década de 50, o PE iniciou seu reconhecimento e, progressivamente está sendo aprimorado para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. O PE é composto pelas etapas de avaliação, diagnóstico de enfermagem (DE), identificação do resultado esperado, planejamento das intervenções de enfermagem, implementação dos cuidados e avaliação final (FRANZEN et al., 2012, MONTEIRO et al., 2013).

Os DEs podem ser fundamentais na taxonomia NANDA-I e estão estruturados em 13 domínios com 47 classes e 234 diagnósticos. Cada diagnóstico é composto por definição, características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco. O enfermeiro, a partir de seu raciocínio clínico e conhecimento científico e dos dados objetivos e subjetivos apresentados pelo paciente, seleciona os DEs relacionados a fim de estabelecer as interações e mensurar os resultados alcançados (FRANZEN et al., 2012; MONTEIRO et al., 2013).

O resultado, a partir dos DEs e intervenções de enfermagem, é identificado através NOC que descreve os resultados esperados pelo paciente de acordo com a descrição do capítulo de ligações NOC - NANDA-I (JOHNSON et al., 2012). A NOC é estruturada em sete domínios com 32 classes e 490 resultados. Cada resultado apresenta definição, uma lista de indicadores e os escores a serem mensurados. Cada indicador pode ser mensurado a partir uma escala *Likert* de cinco pontos. O intervalo entre as avaliações é decidido pelo enfermeiro, porém o mínimo de avaliações necessárias para a mensuração de um resultado é duas, sendo uma no início e outra ao término da intervenção (MONTEIRO et al., 2013; MOORHEAD et al., 2016).

O planejamento das intervenções de enfermagem é embasado na NIC, taxonomia utilizada para descrever as intervenções e cuidados de enfermagem. A NIC é estruturada em sete domínios com 30 classes, 554 intervenções e aproximadamente de 13 mil atividades. Cada intervenção é composta por definição e uma lista de atividades que pode ser realizada pela equipe de enfermagem ou pelo paciente e seus cuidadores e/ou familiares. O planejamento das intervenções deve ser realizado em consenso com o paciente e/ou cuidadores/familiares, tendo os mesmos objetivos, podendo estes serem modificados ao longo do tempo de acordo com as prioridades apresentadas pelo paciente (MONTEIRO et al., 2013; BULECHEK et al., 2016).

A realização de mais estudos para a comprovação da efetividade do SLP em saúde mental no contexto ambulatorial visa o aperfeiçoamento da enfermagem, visto que a maioria dos estudos sobre este tema é realizada no cenário de internação hospitalar.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de método misto desenvolvido em duas etapas. Esse método caracteriza-se por utilizar as abordagens qualitativas e quantitativas em um mesmo projeto de pesquisa (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007).

A primeira etapa foi realizada por meio de um estudo de validação por consenso de especialistas, com base na experiência e conhecimento científico, que definiram os resultados e indicadores NOC aplicados no cenário do cuidado de pacientes com TP. Conforme estudo prévio, os indicadores selecionados por meio de consenso de especialistas e definição de indicadores possibilitam a padronização baseada em pesquisas (MANTOVANI et al., 2017).

A segunda etapa foi a pesquisa de resultados avaliados em consulta de enfermagem ambulatorial com os indicadores construídos, selecionando os específicos para o estudo, comparando o estado de saúde inicial e o final, após o término do grupo piloto de TCCG.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no ambulatório do HCPA onde ocorreram as atividades assistenciais através de consultas de enfermagem e de grupos. As consultas utilizam as etapas do PE com enfoque nas necessidades de saúde individualizadas (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2017).

O presente estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Enfermagem em Saúde Mental. Atualmente, os pacientes são atendidos na agenda de Enfermagem Psiquiátrica que ocorre nas terças e sextas-feiras, das 8:00 às 12:00 horas e no grupo de TCC, às quintas-feiras no horário do 12:00 às 14:00 horas.

As consultas de enfermagem e os grupos são coordenados pela mesma enfermeira especializada em Enfermagem em Saúde Mental e com experiência prévia em TCC.

4.3 População e amostra

O estudo foi dividido em duas etapas. A primeira etapa contou com a participação de quatro profissionais com prática clínica em saúde mental e conhecimento em PE. O critério para inclusão era possuir experiência clínica em saúde mental e no PE em consulta de enfermagem ambulatorial.

Posteriormente, na segunda etapa, participaram os pacientes selecionados para o TCCG. Os critérios para participação no grupo foram: adultos com idade superior aos 18 anos, com diagnóstico de TP conforme o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), alfabetizados e com uso ou não de medicação. Para exclusão, os critérios foram: pacientes com sintomas psicóticos, com risco de suicídio, depressão grave ou se já realizaram tratamento prévio com TCCG.

4.4 Intervenção

O protocolo de TCCG utilizado foi de 12 sessões (ANEXO A) e coordenado por enfermeira em conjunto com um coterapeuta (médico residente em psiquiatria). Os encontros foram semanais e com duração de 120 min cada sessão (BEHENCK et al., 2017). A TCCG utilizou as técnicas de: psicoeducação, treinamento para enfrentar a ansiedade; técnicas cognitivas e comportamentais (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

Descrevendo brevemente, as primeiras sessões foram destinadas à compreensão cognitiva do medo e à aprendizagem de técnicas para enfrentar a ansiedade, como o relaxamento muscular e a respiração diafragmática.

Nas sessões intermediárias, o foco foi na terapia cognitiva para a identificação dos pensamentos automáticos e avaliação das interpretações catastróficas. A exposição interoceptiva foi realizada pela simulação de sintomas físicos para identificação das sensações e da ansiedade provocada.

Nas sessões finais, o foco foi na terapia comportamental, com uso de exposição ao vivo para o enfrentamento das situações evitadas, sendo realizada de forma gradativa, conforme o grau de dificuldade (HELDT et al., 2008).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela acadêmica de enfermagem, em duas etapas. Primeiramente, ocorreu a seleção dos resultados e indicadores de enfermagem NOC, através de dois encontros presenciais com os especialistas incluídos no estudo, considerando o capítulo de ligações NOC-NANDA-I (JOHNSON et al., 2012). A partir da seleção dos resultados foi construído um instrumento com as opções “seleciono” e “não seleciono” para cada indicador (APÊNDICE A).

Posteriormente, a segunda etapa serviu para avaliar a evolução clínica dos pacientes com TP, com os resultados e indicadores definidos. A avaliação inicial ocorreu em consulta individual, entre os meses de junho e julho de 2017, antes do início da terapia em grupo e também foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE B). Na metade do período de duração do grupo (em torno da sexta sessão) e após o término do grupo (12º sessão) os pacientes foram novamente avaliados por meio dos resultados NOC (APÊNDICE C).

Simultaneamente ao instrumento com os resultados da NOC, a gravidade dos sintomas do TP também foram avaliados com o PDSS (ANEXO B) e a HAM-A (ANEXO C). O PDSS é constituído por sete itens, cada um com cinco alternativas de respostas para avaliar a frequência e intensidade dos ataques de pânico, ansiedade antecipatória, evitação fóbicas de lugares e sensações físicas e prejuízo social e profissional (SHEAR et al., 1997). A HAM-A que fornece informações através de escores de intensidade da ansiedade mensurados de 0 a 4, em seus 14 itens (ITO; RAMOS, 1998). Os escores das escalas indicam que quanto maior pontuação, mais graves são os sintomas do TP e da ansiedade.

4.6 Análise dos dados

Os resultados de enfermagem NOC sugeridos na primeira etapa do estudo que obtiverem 100% de concordância entre as profissionais que participaram do estudo foram selecionados.

As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartilico conforme distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais e números absolutos. O teste de Friedman foi utilizado para comparar os escores dos indicadores da NOC para

identificar a evolução clínica dos pacientes.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu o preconizado pela Resolução 466 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e faz parte do projeto maior intitulado *Avaliação de Pacientes em Consulta de Enfermagem Ambulatorial por meio dos Resultados e Indicadores da Nursing Outcomes Classification*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (ANEXO C), via Plataforma Brasil (CAEE nº 55401916000005327), e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/UFRGS).

Na primeira etapa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para os especialistas engajados no estudo (APÊNDICE D) e, na segunda etapa, outro TCLE para os pacientes (APÊNDICE E). No documento, constaram os dados de identificação do projeto, objetivos, os possíveis benefícios do estudo, nomes dos componentes da equipe executora e forma de contato com os pesquisadores. A concordância voluntária do participante na pesquisa foi registrada, mediante a garantia do seu anonimato e o direito de deixar de integrar o estudo a qualquer momento, sem que isso lhe cause constrangimento ou represália. Os termos foram assinados, em duas vias de igual teor, pelos sujeitos que concordaram em participar do estudo e pelos pesquisadores, ficando uma via com cada um deles.

5 RESULTADOS

5.1 Diagnósticos de Enfermagem elencados para pacientes com TP

Foram elencados, a partir do consenso dos especialistas, cinco DEs para pacientes com TP de acordo com o NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). Os DEs foram: Medo (00148); Ansiedade (00146); Tristeza crônica (00137); Enfrentamento Ineficaz (00069) e Resiliência Prejudicada (00210).

No Quadro 1 estão representados os DEs com suas respectivas definições, características definidoras e fatores relacionados.

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem elencados e suas respectivas definições, características definidoras e fatores relacionados, de acordo com a NANDA-I.

| DE - Definição | Características Definidoras | Fatores Relacionados |
|---|---|---|
| <p>Medo (00148)</p> <p>Domínio 9, Classe 2</p> <p>Definição: Resposta à ameaça percebida que é constantemente reconhecida como um perigo.</p> | <p>Gerais: Apreensão, excitação, inquietação, náusea, palidez, pressão sanguínea aumentada, pupilas dilatadas, sensação de alarme, sensação de medo, sensação de pânico, sensação de receio, sensação de terror, tensão aumentada, tensão muscular, vômito.</p> <p>Fisiológicas: Boca seca, diarreia, dispneia, fadiga, frequência respiratória aumentada, mudança na reação fisiológica, transpiração aumentada.</p> <p>Cognitivas: Capacidade de resolução de problemas diminuída, estímulos entendidos como ameaça, identifica objeto do medo, produtividade diminuída.</p> <p>Comportamentais: Comportamentos de ataque, comportamentos de esquiva, estado de alerta aumentado, foco direcionado para a fonte do medo, impulsividade.</p> | <p>Ausência de familiaridade com o local, estímulo fóbico, mecanismo liberador inato em resposta a estímulos externos, resposta aprendida, resposta inata a estímulos, separação do sistema de apoio.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Ansiedade (00146)</p> <p>Domínio 9, Classe 2</p> <p>Definição: Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação do perigo. É um sinal de alerta que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p> | <p>Fisiológicas: Aumento da tensão, aumento da transpiração, tensão facial, tremores nas mãos, voz trêmula.</p> <p>Afetivas: Angústia, apreensão, desamparo, foco em si mesmo, incerteza, irritabilidade, medo, agitação, sensação de inadequação.</p> <p>Comportamentais: Comportamento examinador, hipervigilância, inquietação, preocupações devido à mudança de eventos da vida, produtividade diminuída.</p> <p>Simpáticas: Alteração no padrão respiratório, aumento da pressão sanguínea, aumento na frequência cardíaca, aumento na frequência respiratória, boca seca, dilatação pupilar, fraqueza, palpitações cardíacas, reflexos rápidos, rubor facial, vasoconstrição superficial.</p> <p>Parassimpáticas: Alteração no padrão de sono, desmaio, diarreia, dor abdominal, fadiga, náusea, redução na frequência cardíaca, redução da pressão sanguínea, urgência urinária, formigamento nas extremidades,</p> <p>Cognitivas: Alteração na atenção, na concentração, bloqueio de pensamento, capacidade diminuída de solucionar problemas, esquecimento, preocupação, ruminação, tendência a culpar os outros.</p> | <p>Conflito de valores, conflito sobre as metas de vida, contágio interpessoal, história familiar de ansiedade, necessidades não atendidas.</p> |
| <p>Tristeza Crônica (00137)</p> <p>Domínio 9, Classe 2</p> <p>Definição: Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, que é</p> | <p>Expressa sentimentos negativos (ex. raiva, ser mal interpretado, vazio, medo, desapontamento, frustração, culpa/ auto responsabilização de si mesmo, desamparo, desesperança, solidão, baixa auto estima, perda recorrente, opressão).</p> | <p>Crises no controle da deficiência, crises no controle da doença, crises relativas aos estágios do desenvolvimento, experiência de doença crônica (ex. física ou mental), experiência de incapacidade crônica (ex. física ou mental),</p> |

| | | |
|--|---|---|
| experimentada em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência. | | marcos não vivenciados, morte de uma pessoa amada, oportunidades perdidas, prestação de cuidado ininterrupta. |
| <p>Enfrentamento Ineficaz (00069)</p> <p>Domínio 9, Classe 2</p> <p>Definição: Incapacidade de realizar uma avaliação válida dos estressores, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis.</p> | Alteração da concentração, alteração no padrão de sono, dificuldade para organizar informações e para solução de problemas, incapacidade de atender às expectativas, de lidar com uma situação e de pedir ajuda. | Alto grau de ameaça, apoio social insuficiente, avaliação imprecisa de ameaça, confiança inadequada na capacidade de lidar com a situação, incapacidade de conservar energias adaptativas, incerteza, oportunidade inadequada de preparar-se para estressores, recursos inadequados, senso insuficiente de controle. |
| <p>Resiliência Prejudicada (00210)</p> <p>Domínio 9, Classe 2</p> <p>Definição: Capacidade reduzida de manter um padrão de reações positivas a uma situação ou crise adversa.</p> | Aumento renovado da angústia, Baixa autoestima, condição de saúde percebida como inferior, culpa, depressão, diminuição do interesse pelas atividades profissionais ou acadêmicas, isolamento, isolamento social, uso de habilidades de enfrentamento mal adaptativas, vergonha | Condição minoritária, controle insatisfatório dos impulsos que aumentam a possibilidade de má adaptação, doença mental pai/mãe, economicamente desfavorecido, família grande, fatores de vulnerabilidade que abrangem índices que exacerbam os efeitos negativos da condição de risco, gênero, paternidade maternidade inconsistente, pouca educação materna, transtornos psicológicos, violência |

Fonte: HERDMAN; KAMITSURU, 2015.

Após a escolha dos DEs indicados para os pacientes em questão, foram elencados os resultados NOC, segundo o capítulo de ligações NOC-NANDA-I (JOHNSON et al., 2012), selecionados através da avaliação de especialistas por meio do instrumento de avaliação.

5.2 Resultados de enfermagem NOC e indicadores selecionados

Anteriormente, foram selecionados seis resultados de enfermagem para avaliação dos profissionais. Os resultados escolhidos foram: Nível de Ansiedade (1211), Nível de Medo (1210), Nível de Depressão (1208), Nível de Estresse (1212), Nível de Fadiga (0007) e Sono (0004) (MOORHEAD et al., 2016).

Após o consenso dos especialistas, foram definidos cinco resultados NOC e 21 indicadores. Elencaram-se os seguintes resultados: Nível de Medo (1210), Nível de Ansiedade (1211), Nível de Depressão (1208), Enfrentamento (1302) e Autocontrole da Ansiedade (1402).

Os resultados Nível de Fadiga (0007) e Sono (0004) foram excluídos após o consenso dos especialistas. Foi acordado que esses resultados não seriam eficazes para avaliar globalmente os pacientes devido a presença de indicadores insatisfatórios dentro do contexto do TP.

Os resultados de enfermagem NOC do consenso estão representados no Quadro 2, com as respectivas definições, domínios, classes e indicadores selecionados.

Quadro 2 - Resultados e indicadores de enfermagem NOC selecionados através do consenso dos profissionais para a elaboração da avaliação dos pacientes com TP.

| Resultado - Definição | Domínio - Classe | Indicadores |
|--|---|---|
| Nível de Medo (1210): Gravidade de apreensão, tensão ou mal-estar manifestados, advindos de fonte identificável. | Saúde Psicossocial (III) Bem-Estar Psicológico (M) | Angústia (121001) Inquietação (121005) Preocupação exagerada sobre os eventos da vida (121013) Comportamento de evitar (121030) |
| Nível de Ansiedade (1211) Gravidade de apreensão, tensão ou desassossego manifestados em decorrência de uma fonte não identificável. | Saúde Psicossocial (III) Bem-Estar Psicológico (M) | Agitação (121101) Tensão muscular (121106) Ataques de pânico (121115) Distúrbios do sono (121129) Fadiga (121125) Produtividade diminuída (121126) |
| Nível de Depressão (1208) | Saúde Psicossocial (III) Bem-Estar Psicológico (M) | Perda de interesse pelas atividades (120802) |

| | | |
|--|--|---|
| Gravidade do sentimento de melancolia e perda de interesse em eventos da vida. | | Concentração prejudicada (120804) Autoestima baixa (120819) Desesperança (120817) Tristeza (120814) |
| Enfrentamento (1302) Ações pessoais para o controle de estressores que sobrecarregam os recursos de um indivíduo. | Saúde Psicossocial (III) Adaptação Psicossocial (N) | Uso de estratégias eficientes de enfrentamento (130212) Verbalização da necessidade de assistência (130214) Identificação de padrões ineficazes de enfrentamento (130202) |
| Autocontrole da Ansiedade (1402) Ações pessoais para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão, tensão ou mal-estar de uma fonte não identificável. | Saúde Psicossocial (III) Autocontrole (O) | Monitora a intensidade da ansiedade (140201) Mantém relações sociais (140211) Monitora manifestações comportamentais de ansiedade (140216) |

Fonte: MOORHEAD et al., 2016

5.3 Definições conceituais e operacionais para resultados de enfermagem NOC

As definições conceituais e operacionais foram elaboradas para cada indicador de acordo com os referenciais teóricos e, também, com auxílio dos profissionais. Os níveis de gravidade foram elaborados de acordo com a escala *Likert*, visando o contexto de aplicação do instrumento. As definições conceituais e operacionais estão representadas nos Quadros 3, 4, 5, 6 e 7.

Com o propósito de verificar a viabilidade para a prática clínica do uso dos resultados de enfermagem NOC e seus indicadores, o instrumento construído foi testado em um grupo piloto de TCCG para TP.

Quadro 3– Definições conceituais e operacionais dos indicadores para o resultado Nível de Medo (1210), com respectiva magnitude.

| NOC - Nível de Medo (1210) | |
|--|---|
| Indicadores | Magnitude da definição operacional |
| <p>Angústia Definição conceitual: Sensação de mal-estar geral, físico e psíquico, que geralmente acompanha a ansiedade, principalmente após enfrentar situações que evita por medo</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - nunca se sente angustiado 2. Leve- sente-se angustiado raramente 3. Moderado - sente-se angustiado várias vezes no mês 4. Substancial - sente-se angustiado várias vezes na semana 5. Grave - sente-se angustiado todos os dias |
| <p>Inquietação Definição conceitual: Agitação psicomotora devido a picos de ansiedade, que pode resultar em aumento do medo e das evitações</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - nunca apresenta inquietação 2. Leve – raramente apresenta inquietação 3. Moderado - inquietação várias vezes no mês 4. Substancial - inquietação várias vezes na semana 5. Grave - inquietação todos os dias |
| <p>Preocupação exagerada sobre eventos da vida Definição conceitual: Preocupa-se com situações do dia a dia que não apresentam riscos devido a pensamentos catastróficos infundados.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - nunca se preocupa 2. Leve - raramente se preocupa 3. Moderado – preocupação várias vezes no mês 4. Substancial – preocupação várias vezes na semana 5. Grave- se preocupa o tempo todo |
| <p>Comportamento de evitar Definição conceitual: Evita situações, lugares e atividades sociais devido ao medo de ter um ataque de pânico</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - nunca evita situações devido ao medo 2. Leve - raramente evita situações que considera de risco (menos 1 vez/mês) 3. Moderado - evita situações que considera de risco (pelo menos 3 vezes/mês) 4. Substancial - evita situações que considera de risco toda semana 5. Grave - evita situações que considera de risco todos os dias |
| <p>Produtividade diminuída Definição conceitual: Deixa de fazer atividades diárias devido ao medo de ter um ataque de pânico, com consequências profissionais e sociais negativas</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - sempre consegue realizar as atividades diárias 2. Leve - poucas vezes na mês não consegue realizar atividades usuais 3. Moderada - várias vezes no mês não consegue realizar as atividades usuais |

| | |
|--|--|
| | <p>4. Substancial - raramente consegue realizar as atividades usuais</p> <p>5. Grave - nunca consegue realizar as atividades do usuais</p> |
|--|--|

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quadro 4 – Definições conceituais e operacionais dos indicadores para o resultado Nível de Ansiedade (1211), com respectiva magnitude.

| NOC - Nível de Ansiedade (1211) | |
|---|---|
| Indicadores | Magnitude da definição operacional |
| <p>Agitação Definição conceitual: Mensurar o grau de aflição e nervosismo mesmo não estando em crise de pânico.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhuma agitação 2. Leve – eventualmente apresenta agitação 3. Moderada – inquietação com frequência mensal 4. Substancial - inquietação e aflição com frequência semanal 5. Grave - inquietação com presença de sintomas (taquicardia, choro, suor) diariamente |
| <p>Tensão muscular Definição conceitual: Consegue perceber a tensão muscular, mesmo não estando em crise de pânico.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - ausência de tensão muscular 2. Leve - consegue relaxar na maior parte do tempo 3. Moderada - percebe-se contraído, vários dias do mês 4. Substancial - percebe-se contraído, com dor muscular, vários dias da semana 5. Grave - tensão muscular intensa, acompanhada de com dor muscular, na maior parte do tempo |
| <p>Ataques de pânico Definição conceitual: Avalia a gravidade e frequência de ataques de pânico</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - ausência de crises 2. Leve - crises leves (até dois sintomas), com intervalo de meses entre as crises, sem interferir na rotina 3. Moderado - crises moderadas (até 4 sintomas), com intervalo mensal, sem interferir na rotina 4. Substancial - crises completas (mais de 4 sintomas), de frequência semanal e com modificação da rotina devido as crises 5. Grave - crises de completas (mais de 4 sintomas) e intensas, de frequência diária, e com modificação importantes na rotina devido as crises |

| | |
|---|---|
| <p>Distúrbios do sono</p> <p>Definição conceitual:</p> <p>Mensurar a qualidade do sono com a existência de pesadelos, interrupções, insônia. Provocando sensações de ansiedade e estresse, podendo desencadear crise de pânico.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - Sem alteração na qualidade e quantidade de sono 2. Leve - alteração na qualidade do sono e/ou na quantidade 2 a 3 vezes/ mês 3. Moderado - alteração na qualidade do sono e/ou na quantidade de 1 a 2 vezes na semana 4. Substancial - alteração na qualidade do sono e/ou na quantidade entre de 3 a 6 vezes na semana 5. Grave - alteração na qualidade do sono e/ou na qualidade todas as noites |
| <p>Fadiga</p> <p>Definição conceitual:</p> <p>Consegue perceber que o cansaço muscular extremo em diversos momentos do dia.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - ausência de fadiga 2. Leve - fadiga leve, sem motivo (devido a atividades) e eventualmente 3. Moderado - fadiga moderada, sem motivo (devido a atividades) com frequência mensal 4. Substancial - fadiga forte, sem motivo (devido a atividades), com frequência semanal 5. Grave - fadiga intensa, sem motivo (devido a atividades), diariamente |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quadro 5 – Definições conceituais e operacionais dos indicadores para o resultado Nível de Depressão (1208), com respectiva magnitude.

| NOC - Nível de Depressão (1208) | |
|--|--|
| Indicadores | Magnitude da definição operacional |
| <p>Perda de interesse pelas atividades</p> <p>Definição conceitual: Mensurar o grau de dificuldade em realizar as atividades diárias, com prejuízo na produtividade.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - interesse normal pelas atividades 2. Leve - dificuldade eventual para realizar as atividades 3. Moderado - dificuldade frequente para realizar as atividades, mas consegue com esforço 4. Substancial - dificuldade forte para realizar as atividades e não consegue nem se esforçado 5. Grave - dificuldade intensa para realizar até as atividades simples, como cuidar da higiene pessoal |
| <p>Concentração prejudicada</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - sem alteração na concentração |

| | |
|---|--|
| <p>Definição conceitual: Apresenta dificuldade para concentrar-se em tarefas/atividades em função de falta de energia e pensamentos negativos</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Leve - dificuldade leve para concentrar-se em atividades usuais 3. Moderada - dificuldade moderada para concentrar-se em atividades usuais 4. Substancial - dificuldade forte para concentrar-se em atividades usuais 5. Grave - dificuldade intensa para se concentrar em qualquer atividade |
| <p>Autoestima baixa Definição conceitual: Demonstração da desvalia e de inferioridade com consequências negativas na vida pessoal e social.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - ausência de pensamentos de inferioridade 2. Leve - pensamentos de inferioridade mensalmente 3. Moderado - pensamentos de inferioridade semanalmente 4. Substancial - pensamentos de inferioridade diariamente 5. Grave - pensamentos de inferioridade o tempo todo |
| <p>Desesperança Definição conceitual: Avaliar a esperança em relação ao tratamento e perspectiva de vida futura.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum - apresenta perspectiva de futuro 2. Leve - predomina expectativa de futuro na maior parte do tempo 3. Moderado - expectativa moderada de um futuro melhor, com insegurança 4. Substancial - Forte desesperança e não crê em melhora 5. Grave - Completa desesperança, acredita que nunca irá melhorar |
| <p>Tristeza Definição conceitual: Analisar a presença e a frequência de sentimentos de tristeza.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum – ausência de tristeza 2. Leve - pouco triste, às vezes por algum motivo real 3. Moderado – tristeza recorrente, mas sem impacto nas atividades diárias 4. Substancial – tristeza recorrente, com impacto negativo das atividades diárias 5. Grave – tristeza constante, choro fácil, que impede de realizar tarefas |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quadro 6 – Definições conceituais e operacionais dos indicadores para o resultado Enfrentamento (1302), com respectiva magnitude.

| NOC - Enfrentamento (1302) | |
|--|---|
| Indicadores | Magnitude da definição operacional |
| <p>Uso de estratégias eficientes de enfrentamento</p> <p>Definição conceitual: Planeja como irá enfrentar lugares ou situações que evitava devido aos sintomas que poderão desencadear a crise de pânico.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistentemente demonstrado - enfrenta diariamente situações que evita por medo 2. Frequentemente demonstrado -enfrenta semanalmente situações que evita por medo 3. Algumas vezes demonstrado -enfrenta algumas situações mensalmente que evita por medo 4. Raramente demonstrado -enfrenta poucas vezes as situações que evita por medo 5. Nunca demonstrado – não enfrenta as situações que evita por medo |
| <p>Verbalização de necessidade de assistência</p> <p>Definição conceitual: Identifica que o nível de ansiedade e das crises de pânico torna-se prejudicial a vida em todos os níveis e solicitando/procurando assistência para o tratamento.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demonstrado - não expressa nunca que precisa de ajuda 2. Raramente demonstrado - expressa raramente que preciso de ajuda 3. Algumas vezes demonstrado - expressa algumas vezes quando precisa de ajuda 4. Frequentemente demonstrado – expressa várias vezes quando precisa de ajuda para melhorar da ansiedade 5. Consistentemente demonstrado – sempre expressa quando precisa de ajuda para melhorar da ansiedade |
| <p>Identificação de padrões ineficaz de enfrentamento</p> <p>Definição conceitual:Identifica que possui dificuldades em enfrentar lugares/situações que poderiam desencadear crises de pânico e não utiliza estratégias para o enfrentamento.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistentemente demonstrado – identifica diariamente a dificuldade de enfrentar as situações que evita por medo 2. Frequentemente demonstrado – identifica semanalmente a dificuldade de enfrentar situações que evita por medo 3. Algumas vezes demonstrado - identifica algumas vezes por mês a dificuldade de enfrentar as situações que evita por medo 4. Raramente demonstrado – identifica poucas vezes a dificuldade de enfrentar as situações que evita por medo 5. Nunca demonstrado – não identifica as dificuldades de enfrentar as situações que evita por medo |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quadro 7 – Definições conceituais e operacionais dos indicadores para o resultado Autocontrole da Ansiedade (1402), com respectiva magnitude.

| NOC - Autocontrole da Ansiedade (1402) | |
|---|---|
| Indicadores | Magnitude da definição operacional |
| <p>Monitora a intensidade da ansiedade Definição conceitual: Mensura o grau de aflição experimentado no momento da exposição à situação temida, variando de “nenhuma ansiedade” à “ansiedade extrema”.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistentemente demonstrado - Costumo perceber a intensidade da ansiedade, diariamente. 2. Frequentemente demonstrado - Consigo perceber a intensidade da ansiedade, frequentemente. O coração bate mais forte e respiro mais rápido. 3. Algumas vezes demonstrado - Consigo perceber a intensidade da ansiedade, algumas vezes 4. Raramente demonstrado - Consigo perceber a intensidade da ansiedade, mas raramente 5. Nunca demonstrado- Não consigo medir a intensidade da ansiedade. |
| <p>Mantém relações sociais Definição conceitual: Consegue manter um bom relacionamento com certa frequência com pessoas que fazem parte do seu dia-a-dia, seja em grupo de trabalho, amigos ou família, desempenhando seu respectivo papel para as determinadas situações.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistentemente demonstrado - Costumo me relacionar com as pessoas e ir a lugares públicos sem problemas. 2. Frequentemente demonstrado - Costumo me relacionar com as pessoas, porém prefiro ficar em casa. 3. Algumas vezes demonstrado - Costumo não me relacionar com as pessoas e quando preciso fazer, faço um esforço. 4. Raramente demonstrado - Costumo me relacionar pouco com as pessoas. 5. Nunca demonstrado – Não costumo me relacionar socialmente. |
| <p>Monitora manifestações comportamentais de ansiedade Definição conceitual: Consegue perceber e distinguir o que são manifestações comportamentais e físicas da ansiedade do que seriam manifestações/sensações percebidas e desencadeadas por situações normais.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistentemente demonstrado - Costumo perceber que estou ansioso, em diversos momentos durante o dia. 2. Frequentemente demonstrado - Costumo perceber que estou ansioso, em vários momentos durante a semana. 3. Algumas vezes demonstrado - Costumo perceber que estou ansioso, frequentemente. 4. Raramente demonstrado - Costumo perceber que estou ansioso, raramente. 5. Nunca demonstrado - Não costumo perceber que estou ansioso. |

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.4 Grupo piloto de TCCG para TP: avaliação com resultados NOC

O grupo de TCCG para TP contou com sete pacientes, sendo que a maioria era de mulheres (n=6), com média (desvio padrão) de 47,4 (DP=10,04) anos de idade, todos se autodeclararam de etnia branca. A escolaridade encontrada foi de quatro pacientes com ensino superior, dois com ensino médio e um com nível fundamental. Em relação ao estado civil, três pacientes eram casados e os demais solteiros. Sobre a ocupação, três informaram estar empregados, dois em benefício, um aposentado e um desempregado.

Na consulta inicial, a gravidade dos sintomas dos pacientes foi avaliada com as escalas PDSS e HAM-A e a média foi de e 14(DP=3,91) e 37,8(DP=12,1), respectivamente. Os escores confirmaram que a amostra era de pacientes com sintomas de TP com intensidade de grave a moderada.

Os resultados de enfermagem Nível de medo (1210), Nível de ansiedade (1211), Nível de Depressão (1208), Enfrentamento (1302) e Autocontrole da Ansiedade (1402) totalizaram 21 avaliações para cada indicador, sendo que os sete pacientes participaram de todas as avaliações. Os achados encontrados referentes às avaliações de resultados de enfermagem NOC estão representados na Tabela 1.

Após a realização da TCCG, observou-se diminuição significativa no resultado da NOC Nível de Medo (1210) para os indicadores: “Preocupação exagerada sobre os eventos da vida”, “Produtividade diminuída” e “Comportamento de evitar”. Os demais indicadores relacionados a este resultado não foram significativos.

O resultado NOC Nível de Ansiedade (1211) apresentou redução significativa para os indicadores: “Tensão muscular”, “Ataques de pânico”, “Distúrbios do sono” e “Fadiga”. No entanto, não houve significância para o indicador “Agitação”.

Para o resultado NOC Nível de Depressão (1208), houve diminuição significativa nos indicadores: “Perda de interesse nas atividades”, “Concentração prejudicada” e “Tristeza”. Não foi encontrada significância para os indicadores “Autoestima baixa” e “Desesperança”.

No resultado NOC Enfrentamento (1302) com o indicador “Identifica padrões ineficazes de enfrentamento” e o resultado Autocontrole da Ansiedade (1402) com os indicadores “Monitora a intensidade da ansiedade” e “Mantém relações sociais” modificaram significativamente no final da TCCG. Os demais indicadores desses resultados não apresentaram mudanças significativas.

Tabela 1 – Resultado da avaliação de resultado de enfermagem NOC definido no consenso dos profissionais durante a TCCG.

| Resultados e Indicadores | Avaliações (n=7) | | | P |
|--|------------------|------|------|--------------|
| | 1ª | 2ª | 3ª | |
| Nível de medo (1210) | | | | |
| Angústia | 2,36 | 1,93 | 1,71 | 0,097 |
| Inquietação | 2,50 | 1,86 | 1,54 | 0,115 |
| Preocupação exagerada sobre eventos da vida | 2,71 | 2,21 | 1,07 | 0,002 |
| Comportamento de evitar | 2,86 | 1,71 | 1,43 | 0,023 |
| Produtividade diminuída | 2,71 | 1,79 | 1,50 | 0,016 |
| Nível de ansiedade (1211) | | | | |
| Agitação | 2,36 | 2,29 | 1,36 | 0,070 |
| Tensão muscular | 2,50 | 2,36 | 1,14 | 0,007 |
| Ataques de pânico | 2,86 | 1,86 | 1,29 | 0,004 |
| Distúrbios do sono | 2,79 | 1,64 | 1,57 | 0,016 |
| Fadiga | 2,79 | 1,64 | 1,57 | 0,008 |
| Nível de Depressão (1208) | | | | |
| Perda de interesse nas atividades | 2,79 | 1,71 | 1,50 | 0,010 |
| Concentração prejudicada | 2,71 | 1,71 | 1,57 | 0,009 |
| Autoestima baixa | 2,43 | 1,43 | 2,14 | 0,074 |
| Desesperança | 2,50 | 1,71 | 1,79 | 0,058 |
| Tristeza | 2,64 | 1,61 | 1,64 | 0,022 |
| Enfrentamento (1302) | | | | |
| Uso de estratégias eficientes de enfrentamento | 2,07 | 1,86 | 2,07 | 0,819 |
| Verbalização da necessidade de assistência | 2,21 | 1,79 | 2,0 | 0,368 |
| Identifica padrões ineficazes de enfrentamento | 2,64 | 1,86 | 1,50 | 0,015 |
| Autocontrole da ansiedade (1402) | | | | |
| Monitora intensidade da ansiedade | 2,79 | 1,64 | 1,57 | 0,013 |
| Mantém relações sociais | 1,36 | 2,07 | 2,57 | 0,026 |
| Monitora a manifestação da ansiedade | 2,57 | 1,64 | 1,79 | 0,097 |

Fonte: Dados de pesquisa

Dados apresentados como média na categoria (mean rank) e analisado com o Teste de Friedman.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo indicaram a possibilidade de uso de resultados de enfermagem NOC para a avaliação clínica de pacientes com TP em consulta de enfermagem. De fato, as etapas do PE, desde a seleção dos DEs apropriados para a condição de sinais e sintomas do TP, viabilizou a elaboração do instrumento adequado à prática de enfermagem ambulatorial para avaliar a evolução de pacientes submetidos a intervenção com abordagem cognitivo-comportamental para TP.

A seguir, serão discutidos os resultados conforme as etapas do estudo.

6.1 Seleção dos Diagnósticos de Enfermagem

Para a seleção dos DEs, observou-se as principais características dos sinais e sintomas dos pacientes com TP: o medo e a ansiedade. Diante da presença dessas emoções, é frequente o surgimento da tristeza, de dificuldades para o enfrentamento do medo, o que conduz para a diminuição da resiliência. Os agravos relacionados a essas questões afetam, principalmente, as questões sociais e familiares, proporcionando um enfraquecimento das redes de apoio e diminuição da produtividade em consequência do isolamento (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Segundo o NANDA-I, o DE Medo é descrito como uma resposta à ameaça percebida que é constantemente reconhecida como um perigo (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). É dividido em características gerais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas. Devido a tensão relacionada a ocorrência de novos ataques de pânico, os indivíduos desenvolvem o medo das sensações e progressivamente tornam-se sensíveis aos estímulos internos e externos, acarretando o aumento constante do medo (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

O DE Ansiedade é descrito como um conjunto de sentimentos como de desconforto, temor e apreensão causada pela antecipação do perigo (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). É um sinal de alerta que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. Suas características são divididas em comportamentais, afetivas, fisiológicas, simpáticas, parassimpáticas e cognitivas. Em ataques do pânico, as “reações de alarme” são

desencadeadas pelo alto índice de ansiedade e pelos estressores da vida. Após a ocorrência dos ataques, os indivíduos com TP acabam desenvolvendo a ansiedade antecipatória, devido ao medo da ocorrência de novas crises, provocando a hipervigilância de sintomas internos e externos (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

O DE Tristeza Crônica é definida como um sentimento cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, podendo ser vivenciada em diferentes momentos e relacionada a diversas situações (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). Nos indivíduos com TP, a tristeza pode ser desencadeada pelo não enfrentamento dos medos e consequente isolamento, proporcionando o aumento da ansiedade, do medo e da tristeza (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

O DE Enfrentamento Ineficaz traduz-se pela incapacidade de realizar uma avaliação válida dos estressores, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis. No TP, o enfrentamento ineficaz é evidenciado pela esquiva dos estressores através da evitação e limitação das atividades cotidianas devido ao medo da ocorrência de outro ataque do pânico (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

O DE Resiliência Prejudicada é relacionado a reduzida capacidade de manter respostas positivas a situações adversas. No caso do TP, a resiliência prejudicada desencadeia o não enfrentamento do medo estimulando o ciclo de pensamentos catastróficos, gerando o aumento da ansiedade (WESNER et al, 2015).

6.2 Resultados de enfermagem NOC e indicadores selecionados

A etapa de consenso de especialistas com experiência em PE e saúde mental mostrou-se como essencial tanto para a definição dos DEs, conforme a realidade dos pacientes com TP, como para elencar os resultados e os respectivos indicadores esperados para avaliação após uma intervenção, no caso do presente estudo, a TCCG. Da mesma forma, a magnitude dos indicadores foi elaborada de acordo com a revisão bibliográfica referente ao TP e da ligação NANDA-I e NOC (JOHNSON et al., 2012; MONTEIRO et al., 2013; MOORHEAD et al., 2016).

Os resultados Nível de medo (1210), que trata de apreensão advindos de fonte identificável e o Nível de ansiedade (1211), que se relacionada a apreensão decorrente de fonte não identificável, os indicadores selecionados foram

representativos tanto dos sintomas do TP (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), como do foco da abordagem cognitivo e comportamental da intervenção proposta (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008).

Da mesma forma os indicadores dos resultados Autocontrole da ansiedade (1402) e Enfrentamento (1302) também abordam o monitoramento dos sintomas, porém relacionado ao uso das estratégias eficientes ensinadas durante a terapia, o que proporciona uma avaliação acurada da resposta à intervenção proposta (MOORHEAD et al., 2016). Ainda, a inclusão do resultado Nível de depressão (1208) com os respectivos indicadores amplia a possibilidade de avaliação devido a alta prevalência de sintomas depressivos como comorbidade ou como consequência das limitações do TP na vida dos pacientes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Portanto, o consenso de especialistas embasados na prática clínica e em pesquisas, proporcionaa minimização da subjetividade para a avaliação de pacientes, colaborando para a associação dos conhecimentos da prática em saúde mental com a utilização das taxonomias de enfermagem padronizadas em cenário ambulatorial (MANTOVANI et al., 2017).

6.3 Resultados de enfermagem NOC do grupo piloto

De acordo com estudos prévios, a TCCG é eficaz para a melhora dos sintomas do TP (MANFRO; HELDT; CORDIOLI, 2008; WESNER et al, 2015). Contudo, para as avaliações de resposta à intervenção não se utilizou ainda os resultados de enfermagem NOC. Os achados do presente estudo indicaram que os resultados NOC selecionados detectaram as mudanças relacionadas aos sinais e sintomas do TP após a intervenção da TCCG.

De fato, os resultados esperados ao final da intervenção relacionados aos sinais e sintomas do TP foram abordados ao longo das 12 sessões do protocolo de TCCG utilizado. Ou seja, entre os elementos da intervenção constou a psicoeducação visando à compreensão do ciclo do medo como desencadeante para as crises de pânico (MANFRO; HELDT; BLAYA; 2018). Observou-se que três indicadores do resultado Nível de Medo (1210) e quatro indicadores do Nível da ansiedade (1208) diminuiram significativamente após a TCCG. Neste sentido,

entende-se que as estratégias de psicoeducação proporcionaram o entendimento do papel do medo na precipitação do ataque de pânico, bem como na interpretação errônea dos sintomas fisiológicos da ansiedade. Assim, foi possível verificar a evolução clínica do paciente com TP por meio dos resultados de enfermagem NOC.

Da mesma forma, o enfrentamento da ansiedade com o uso das técnicas de relaxamento muscular e de respiração diafragmática ensinadas e praticadas nas sessões de TCCG contribuem para a retomada da ventilação adequada e para a diminuição da tensão muscular, impedindo, muitas vezes, o início de um ataque de pânico (HELDT et al., 2008). Observou-se que os indicadores “Tensão muscular”, “Fadiga” e “Distúrbios do sono” relacionados ao resultado Nível de Ansiedade (1211) apresentaram melhora significativa, confirmando que a definição destes indicadores de resultado NOC estão adequados para avaliação dos pacientes com TP.

Na sequência das sessões, a associação da abordagem cognitiva para identificação de pensamentos catastróficos também contribuiu para a melhora dos indicadores do resultado Nível de Medo (1210) e do Autocontrole da ansiedade (1402). Nas sessões intermediárias as interpretações distorcidas e catastróficas vinculadas ao medo e a ansiedade são abordadas através das técnicas de descastrofização (BEHENCK et al., 2017). Também, realiza-se a exposição gradual e intencional dos sintomas semelhantes ao de um ataque de pânico visando reduzir a resposta desadaptada à ansiedade através da correção da interpretação distorcida das sensações físicas. Os exercícios realizados durante as sessões de TCCG auxiliaram para a diminuição significativa do indicador “Ataque de pânico” e consequente reestruturação cognitiva (MANFRO; HELDT; BLAYA; 2018). De acordo com os indicadores “Preocupação exagerada sobre eventos de vida” e “Monitora a intensidade da ansiedade”, observa-se o efeito da TCCG e a possibilidade de avaliação com os resultados da NOC.

A abordagem comportamental de exposição ao vivo utilizada nas sessões finais objetivou proporcionar ao paciente a melhora do comportamento da esquia a situações panicogênicas por meio do enfrentamento combinado e de forma gradativa para que a ansiedade e o medo diminuam (MANFRO; HELDT; BLAYA, 2018). A mudança comportamental dos pacientes foi observada nos indicadores de “Comportamento de evitar” e “Produtividade diminuída”, ambos do resultado Nível do medo (1210) e no indicador “Identificação de padrões ineficazes de enfrentamento” do resultado Enfrentamento (1302) que diminuíram significativamente após a TCCG.

A depressão é frequente em pacientes com TP (CRIPPA et al., 2012), o que muitas vezes prejudica a adesão as tarefas definidas durante as sessões de TCC. No nosso estudo, os sintomas depressivos foram avaliados por meio do resultado Nível e Depressão (1208). Observou-se que os indicadores “Perda de interesse nas atividades”, “Concentração prejudicada” e “Tristeza”, apresentaram diminuição significativa após a TCCG para o TP. Entende-se que o resultado positivo desses indicadores são em consequência da melhoria dos sinais e sintomas do TP, proporcionando uma melhor qualidade de vida (WESNER et al., 2015). Dessa forma, os pacientes estimulam-se em realizar e focar em suas atividades diárias.

Ainda em relação aos resultados Nível do medo (1210) e Autocontrole da Ansiedade (1402), o relacionamento social e as atividades usuais ou laborais foram observadas, uma vez que os sintomas do TP interferem negativamente nos aspectos das relações e ocupacionais do paciente (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009). Os indicadores “Produtividade diminuída” e “Mantém as relações sociais” apresentaram melhora significativa no final do estudo. Ou seja, o entendimento dos pensamentos e enfrentamento dos medos facilitam o aumento da convivência em sociedade e nas atividades usuais.

O presente estudo apresenta limitações, sobretudo por se tratar de um estudo piloto. Os indicadores que não apresentaram resultado significativo pode estar relacionado ao pequeno tamanho da amostra ou ao curto espaço de tempo entre as avaliações para haver mudança comportamental.

De toda forma, o estudo é relevante por abortar o uso de sistema de linguagem padronizado para avaliação de resultados de enfermagem após intervenção em pacientes com TP.

7 CONCLUSÕES

O consenso e concordância entre os especialistas em enfermagem em saúde mental e em PE permitiu a seleção de cinco resultados de enfermagem NOC e 21 indicadores conforme a realidade dos pacientes com TP no cenário ambulatorial.

A partir da definição da magnitude dos indicadores, foi possível verificar a mudança dos diferentes aspectos da vida dos paciente que são afetados com os sintomas do TP, como: a preocupação exagerada sobre os eventos da vida, o comportamento de esquiva, a produtividade diminuída, a tensão muscular, a frequência dos ataques de pânico, os distúrbios do sono, a fadiga, a perda de interesse nas atividades, a concentração prejudicada, a tristeza, a identificação de padrões ineficazes do enfrentamento, o monitoramento da ansiedade e as relações sociais.

A utilização dos resultados de enfermagem NOC possibilitou a avaliação de pacientes, devido a escolha de resultados esperados após a intervenção de TCCG. A construção do instrumento proporcionou a padronização da avaliação em consulta de enfermagem, diminuindo a subjetividade para detectar mudanças do estado de saúde por meio da determinação acurada dos resultados de enfermagem NOC.

A realização de estudos futuros com a aplicação do instrumento construído em uma amostra maior de pacientes possibilitará a confirmação dos resultados encontrados nesse estudo piloto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica: Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319 p.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DMS-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- BEHENCK, A. et al. Contribution of group therapeutic factors to the outcome of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. **Archives of Psychiatry Nursing**, Amsterdam, v. 31, no. 2, p. 142-146, 2017.
- BULECHEK, G. et al. **Nursing Interventions Classification**. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2016. 640 p.
- BRASIL. Diário Oficial da União. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 2013. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**, Brasília, DF, Secção 1, p. 59, jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 23 de setembro de 2017.
- CLARK, D. M. A cognitive approach to panic. **Behavior Research and Therapy**, Los Angeles, v. 24, no. 4, p. 461–470, 1986.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN/RS). **Código de ética da Enfermagem Brasileira, 2018**. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=servicos&pagina=noticias-ler&id=6273>. Acesso em: 23 de julho de 2018.
- CRASKE, M. G. et al. Anxiety disorders. **Nature Reviews Disease Primers**, New York, v. 3, p.17024, 2017.
- CRIPPA, J. A. et al. **Transtorno do Pânico: Diagnóstico, Projeto Diretrizes**. AMB Associação Médica Brasileira, 2012. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/transtorno_do_panico.pdf. Acesso em: 2 de abril de 2018.
- DE JONGE, P. et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. **Depression and anxiety**, New Jersey, v. 33, n. 12, p. 1155-1177, 2016.
- DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D; MENDES, I. A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1046-1049, 2007.
- FAVA, L.; MORTON, J. Causal modeling of panic disorders theories. **Clinical Psychology Review**, Limerick, v. 29, no. 7, p. 623-637, 2009.

FRANZEN, E. et al. Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 42-51, 2012.

GRAEFF, F. G. et al. Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis? **Anais da Academia Brasileira de Ciência**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 3, p. 477-491, 2005.

HELDT, E. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: VOLPATO CORDIOLI, A.V. et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 317-340.

HELDT, E.; BEHENCK, A.; MARINI, M. Diagnóstico de enfermagem em saúde mental no cenário ambulatorial. In: HEARDMAN, T. H. **PRONANDA Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo 3 Volume 2**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 37-68.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468 p.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979. 103 p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Enfermagem Ambulatorial**. 2017. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/7907/2411/>>. Acesso em: 13 maio 2017.

ITO, L.M.; RAMOS, R.T. Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. **Revista de Psiquiatria Clínica [online]**, São Paulo, v. 25, n. 6, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256c.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

ITO, L. M.; Abordagem cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 313-317, 2001.

JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas, suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3ª ed. Rio: Elsevier; 2012.

KESSLER, R.C. et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, Boston, v. 21, no. 3, p. 169-84, 2012.

KING, A.L.S. et al. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n.4, p. 191-195, 2007.

MANFRO, G. G.; HELDT, E.; VOLPATO CORDIOLI, A. V. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno do pânico. In: VOLPATO CORDIOLI, A.V. et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 431-448.

MANFRO, G.G.; HELDT, E.; BLAYA, C. **Transtorno de pânico**. In: CORDIOLI, A.V.; et al. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. In press.

MONTEIRO, D. R. et al. Estudos sobre revisão de conteúdo em interface com os sistemas de classificação de enfermagem: revisão da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. esp., p. 4130-4137, 2013.

MONTIEL, J. M. et al. Pensamentos negativos automáticos em pacientes com transtorno do pânico. **Liberabit**, Lima, v. 20, n.2, p. 239-249, 2014.

MANTOVANI, V. M. et al. Nursing outcomes for the evaluation of patients during smoking cessation. **International Journal of Nursing Knowledge**, Chesnut Hill, v.28, no. 4, p. 204-210, 2017.

MOORHEAD, S. et al. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 5. ed. St. Louis: Elsevier, 2016. 760 p.

OLIVEIRA, S.K.P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n.1, p. 155-61, 2012.

SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. Panic disorder. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009.

SEGANFREDO, D. H.; ABREU, M. A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 34-41, 2011.

SHEAR, M.K. et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 154, no. 11, p. 1571-1575, 1997.

THOMÉ, E. S. et al. Applicability of the NANDA-I and nursing interventions classification taxonomies to mental health nursing practice. **International Journal of Nursing Knowledge**, Chesnut Hill, v. 25, no. 3, p. 168-172, 2014.

VALENTE, N. L. M.; MELLO, M.F. Como diagnosticar e tratar o Transtorno do Pânico. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 70, n.1, p.5-12, 2013.

WESNER, A. C. et al. Booster sessions after cognitive-behavioural group therapy for panic disorder: impact on resilience, coping, and quality of life. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, Cambridge, v. 43, no. 5, p. 513-25, 2015.

YATES, W. R. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. **Annals Clinical Psychiatry**, Parsippany, v. 21, no. 2, p. 95-102, 2009.

APÊNDICE B - Instrumento de coleta – pacientes

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data de nascimento: ___/___/___ **Idade:** ____ **Sexo** () Masculino ()
Feminino

Qual a sua cor ou raça? ()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena
()Outra: _____

Status Profissional: ()Ativo ()Desempregado ()Aposentado ()Afastado/INSS

Município que reside: _____

Estado civil: ()Casado/com companheiro ()Solteiro ()Separado/Divorciado
()Viúvo

Anos completos de estudo: _____ anos

Com quem mora: ()Sozinho ()Com companheiro ()Família (≥1 membro exceto
companheiro) ()Outros - Quem? _____

Renda Familiar: ()1 salário ()2 salários ()3 salários ()4 salários ()+ de 4
salários

Religião: ()Não tem ()Católica ()Evangélica ()Espírita ()Outra-
Qual? _____

2. DADOS CLÍNICOS

Motivo da consulta _____

Doenças prévias:

()Neurológicas: _____

()Respiratórias: _____

()Cardiovasculares: _____

()Endócrinas: _____

()Neoplasias: _____

()Musculo-esqueléticas: _____

()Genito-urinárias: _____

()Psiquiátricas: _____

Hospitalizações prévias: () Sim () Não

Se sim, quantas vezes: _____

Motivo: _____

Cirurgias prévias: () Sim () Não

Se sim, quais: _____

Diagnósticos de Enfermagem:

Cuidados de Enfermagem:

APÊNDICE C - Instrumento de coleta - 2º etapa

A seguir está representado o formato do instrumento de coleta de dados da segunda etapa do estudo, a avaliação de pacientes a partir de resultados de enfermagem da NOC.

| RESULTADOS SUGERIDOS | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------|---------------------|---|---|---|------|
| NOC - | | | | | | | |
| Indicadores | Magnitude da Definição operacional | Sessão | Escala de Graduação | | | | |
| Título: Definição conceitual: | 1. Nunca demonstrado | Nº | | | | | |
| | 2. Raramente demonstrado | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| | 3. Algumas vezes demonstrado | 6 | | | | | |
| | 4. Frequentemente demonstrado | 12 | | | | | |
| | 5. Consistentemente demonstrado | | | | | | |

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: etapa 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-la(o) a participar da pesquisa: Avaliação de pacientes em consulta de enfermagem ambulatorial por meio dos resultados e indicadores da *Nursing outcomes classification* (NOC) coordenado pela Profa Dra Amália de Fátima Lucena. O objetivo geral deste estudo é o de analisar os resultados e indicadores de enfermagem NOC aplicados na avaliação de pacientes em consulta de enfermagem ambulatorial.

Para sua participação na pesquisa, será necessário o preenchimento de um questionário contendo seus dados de identificação, bem como, sua opinião acerca de resultados e indicadores NOC que julga prioritários na avaliação de pacientes em consulta de enfermagem ambulatorial. Este estudo tem como possíveis benefícios auxiliar os enfermeiros a avaliar a evolução clínica destes pacientes e a verificar como estes respondem às intervenções realizadas na prática clínica, além de aumentar o conhecimento científico sobre o tema. Não são conhecidos riscos pela participação no estudo, mas poderão ocorrer possíveis desconfortos tais como a espera para aplicação de instrumento de coleta de dados.

Sua participação é voluntária, não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras e a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Será assegurada isenção de vínculo hierárquico e de coerção no vínculo empregatício do participante. Ou seja, a participação não implicará em sanções administrativas, nem em sua avaliação de desempenho.

Para dúvidas e esclarecimentos do estudo a pesquisadora responsável, poderá ser contatada na sala da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) no HCPA (rua Ramiro Barcellos, 2350, Porto Alegre – RS), 1º andar, telefone (51)33598000.

Para esclarecimentos éticos o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (localizado no 2º andar, sala 2227 do HCPA) poderá ser contatado através do telefone (51)33597640.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo esclarecer as suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Fone:

E-mail:

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto.

Nome do Enfermeiro ou professor participante: _____

Assinatura: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____.

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: etapa 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: Avaliação de pacientes em consulta de enfermagem ambulatorial por meio dos resultados e indicadores da *Nursing outcomes classification* (NOC), coordenado pela Profa Dra Amália de Fátima Lucena. O objetivo deste estudo é analisar os resultados e indicadores de enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) aplicados na avaliação de pacientes em consulta de enfermagem ambulatorial. A NOC faz parte de um sistema que padroniza as práticas de Enfermagem, sendo o seu papel avaliar os resultados obtidos por meio das intervenções realizadas pelo enfermeiro durante o tratamento. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: permitir que os registros de seu prontuário sejam consultados pelos pesquisadores; responder perguntas sobre dados de identificação e pessoais, forma de participação e atendimento no Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB); assim como permitir a realização de exame físico durante as consultas de enfermagem. Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da sua participação na pesquisa são mínimos, visto que este estudo busca apenas avaliar os resultados obtidos. Todavia, você poderá sentir pequeno desconforto e/ou constrangimento em responder alguma pergunta durante a consulta de enfermagem, a qual terá duração aproximada de 30 minutos.

A participação nesta pesquisa não oferece benefícios diretos, mas poderá ajudar na assistência a outros pacientes, auxiliando os enfermeiros a avaliar a evolução clínica dos mesmos e a estabelecer cuidados de enfermagem de forma mais efetiva.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Amália de Fátima Lucena, pelo telefone (51)33597863; na sala da Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) no HCPA (rua Ramiro Barcellos, 2350, Porto Alegre – RS), 1º andar, telefone (51)33598000; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2o andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO A - Sessões de TCCG para TP

| Sessão | Objetivos e procedimentos |
|--------|--|
| 1 | Psicoeducação <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de sintomas do pânico (manual educativo) • Diferença entre ansiedade normal e patológica • Modelo cognitivo do pânico • Tarefa para casa: leitura do manual para discussão das dúvidas na próxima sessão. |
| 2 | Continuação da revisão do modelo cognitivo do pânico |
| 3 | Técnicas para enfrentamento da ansiedade <ul style="list-style-type: none"> • Respiração diafragmática • Relaxamento muscular Praticar durante a sessão <ul style="list-style-type: none"> • Tarefa para casa: praticar o relaxamento muscular e a respiração diafragmática três vezes ao dia e registrar o que sentiu. |
| 4 | Praticar na sessão a respiração diafragmática e o relaxamento muscular Correção de crenças distorcidas |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar pensamentos automáticos • Salientar o papel da hipervigilância das sensações físicas Descatastrofizar <ul style="list-style-type: none"> • Questionamento socrático • Seta descendente Tarefa para casa: avaliar os pensamentos como hipóteses e não fatos, verificando as evidências que sustentam as hipóteses; explorar as novas alternativas de interpretações. <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a possibilidade real que o “pior” aconteça e, se acontecer, o quanto, de fato, é tão horrível. |
| 6 | Correção da interpretação distorcida |
| 7 | Exposição interoceptiva e naturalística <ul style="list-style-type: none"> • Provocar através de exercícios físicos tontura, taquicardia, falta de ar e estranheza. |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> • Provocar a exposição interoceptiva com atividades que evocam as sensações de forma natural em ambiente comum (subir escadas, por exemplo). • Identificar a sensação física e o grau de ansiedade; avaliar a semelhança como ataque de pânico. Tarefa para casa: provocar diariamente as sensações físicas em casa e anotar o grau de ansiedade, bem como a similaridade com o ataque. <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar uma lista das situações evitadas, o mais completa possível, com o grau de ansiedade gerada (0 a 10) no caso em que tenha de enfrentá-la. |
| 9 | Exposição ao vivo |
| 10 | Hierarquizar a lista das situações: do menor grau de ansiedade para o maior. Tarefa para casa |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> • Combinar de as tarefas de exposição. • Aumentar o grau de dificuldade a cada sessão. Prevenção de recaída e encerramento |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> • Abordar a possibilidade de recaídas e orientar as atitudes diante de novos ataques. • Combinar a manutenção do enfrentamento das situações fóbicas, independentemente do acompanhamento em grupo. • Avaliar o tratamento. |

Fonte: Heldt et al., 2008.

ANEXO B - Escala de Gravidade do TP (PDSS)

Nome:

Data:

1. FREQUÊNCIA DOS ATAQUES DE PÂNICO, incluindo ataques de pânico com sintomas limitados (APSE)

Comece explicando ao paciente que definimos ataques de pânico como uma sensação de medo ou apreensão de início súbito com elevação rápida de intensidade, atingindo geralmente um pico em menos de 10 minutos. Essa sensação está associada a sensações físicas desconfortáveis, como taquicardia ou palpitações, falta de ar, calafrios, tontura, sudorese e tremores. Com frequência, há pensamentos perturbadores e catastróficos, como medo de perder o controle, de ter um ataque cardíaco ou de morrer.

Um episódio de pânico completo deve ter ao menos quatro dos sintomas. Um ataque de pânico com sintomas limitados é semelhante ao ataque completo, porém tem menos de quatro sintomas. Com base nessas definições, por favor, me diga:

Q. No último mês, quantos **ataques de pânico completos você teve**, do tipo com quatro ou mais sintomas? E só com ataques de pânico com sintomas limitados, aquele com menos de quatro sintomas? Em média, você teve mais do que um episódio de sintomas limitados/dia? *(Calcule as frequências semanais dividindo o n° total de ataques de pânico completos pelo intervalo de tempo da avaliação pelo n° de semanas no intervalo de tempo da avaliação).*

0 = Sem **ataques de pânico completos ou limitados**.

1 = **Leve**, inferior à média de um ataque de pânico completo semanal e não mais que um ataque de sintomas limitados por dia.

2= **Moderado**, um ou dois ataques de pânico completos semanais e/ou múltiplos episódios de sintomas limitados/dia.

3= **Severo**, mais de dois ataques completos por semana, mas não mais que um por dia em média.

4= **Extremo**, ataques completos ocorrendo mais que uma vez ao dia na maior parte dos dias.

2. AFLIÇÃO DURANTE OS ATAQUES DE PÂNICO, inclusive ataques de pânico com sintomas limitados

(Este item gradua o grau médio de aflição e desconforto que o paciente vivencia durante ataques de pânico no intervalo de tempo determinado. Ataques de pânico com sintomas limitados devem ser graduados apenas se eles causam mais aflição que ataques completos de pânico. Tenha certeza de distinguir entre aflição DURANTE o ataque de pânico e medo antecipatório de que um ataque de pânico aconteça).

Q. No último mês, quando você teve um ataque de pânico ou ataque de sintomas parciais, **quanta aflição ele causou em você?** Agora eu estou lhe perguntando sobre a **aflição que você sentiu durante o ataque de pânico (AP) propriamente dito**.

O quão **preocupado ou temerário você sentiu-se durante os ataques?** Você foi capaz de permanecer fazendo o que estava realizando quando o AP aconteceu? Você se desconcentrou? Se você necessitou interromper o que estava fazendo, foi capaz de permanecer na situação onde o ataque ocorreu ou você necessitou sair?

0 = **Sem pânico** ou APSL ou ausência de aflição durante o AP.

1 = **Leve** prejuízo, mas capaz de continuar as atividades com pouca ou nenhuma interferência.

2 = **Aflição moderada**, porém ainda manejável, capaz de continuar atividade e/ou manter concentração, mas com dificuldade.

3 = **Severo**, importante prejuízo e interferência, desconcentrou-se e/ou necessitou parar a atividade, mas capaz de permanecer no local ou na situação.

4 = **Extremo**, aflição severa e incapacitante, necessita parar as atividades, deixará a situação se possível, mas permanece incapaz para concentrar-se e com grande prejuízo.

3. GRAVIDADE DA ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA (medo relacionado ao pânico, apreensão ou preocupação)

(Ansiedade antecipatória pode ser relacionada ao significado dos ataques ao invés de ter um ataque de pânico; então, pode haver considerável ansiedade a cerca de ter um ataque mesmo se a aflição

durante o ataque não for intensa. Lembre-se que algumas vezes o paciente não se preocupa a respeito de quando o próximo ataque irá ocorrer, mas, ao invés disso, preocupa-se com o significado dos AP para sua saúde física e mental).

Q: No último mês, em média, o **quanto você se preocupou**, sentiu-se amedrontado ou apreensivo a respeito de quando **o próximo AP iria acontecer ou sobre o que o AP poderia significar a respeito de sua integridade física e mental**? Eu estou perguntando sobre períodos em que você não estava realmente tendo um AP. Qual era a intensidade da ansiedade? Com que frequência você tem essas preocupações ou esses medos? A ansiedade chegou a ponto de interferir na sua vida? **SE SIM**, quanto interferiu?

0 = **Nenhuma preocupação** sobre o pânico.

1 = **Leve**, há um medo ocasional, preocupação ou apreensão em relação ao pânico.

2 = **Moderado**, frequentemente preocupado, temerário ou apreensivo, mas tem períodos sem ansiedade. Há uma notável alteração no estilo de vida, mas a ansiedade é ainda controlável e o funcionamento global não está prejudicado.

3 = **Severo**, preocupado com o medo, apreensão ou preocupação sobre o pânico, interferência substancial na concentração e/ou na capacidade para funcionar efetivamente.

4 = **Extremo**, ansiedade quase constante e incapacitante, incapaz de **desempenhar** tarefas importantes devido ao medo, preocupação ou apreensão sobre o pânico.

4. MEDO /EVITAÇÃO AGORAFÓBICA

Q: No último mês, **existiram** locais onde você se sentiu com medo ou que você evitou porque imaginou que, se tivesse um AP, seria difícil conseguir auxílio ou sair com facilidade? Situações como utilizar transporte público, dirigir um carro, estar em túnel ou ponte, indo ao cinema, para o supermercado ou shopping ou estando em outros locais com multidões? Algum outro local? Você teve medo de estar em casa sozinho ou completamente só em outros locais? Com que frequência você vem sentindo medo dessas situações? Qual é a intensidade do medo? Você evita alguma dessas situações? Estando com uma companhia de confiança com você, tem diferença? Havia coisas que você faria acompanhado e não sozinho? Quanto o medo e a evitação afetam sua vida? Você necessitou alterar seu estilo de vida para acomodar seus medos?

0 = **Nenhum**, sem medo ou evitação.

1 = **Leve**, medo/evitação ocasional, mas com frequência suportaria ou confrontaria a situação. Há pouca ou nenhuma modificação no estilo de vida.

2 = **Moderado**, medo/evitação notável, porém ainda manejável. Evita situações temidas, mas confronta com companhia. Há alguma alteração no estilo de vida, mas de modo geral o funcionamento não está prejudicado.

3 = **Severo**, evitações extremas, modificações substanciais no estilo de vida são necessárias para acomodar a fobia, tornando difícil manejar atividades usuais.

4 = Medos e evitações **extremas e pervasivas**, modificação extensa no estilo de vida é necessária, tanto que tarefas importantes não são realizadas.

5. SENSAÇÕES LIGADAS AO PÂNICO: MEDO/EVITAÇÃO

Q: Algumas vezes, pessoas com TP experimentam sensações físicas que podem assemelhar-se ao pânico e fazem com que elas se sintam assustadas ou incomodadas. No último mês, você evitou fazer algo porque pensou que isso poderia causar esse tipo de sensação física desconfortável? Por exemplo, coisas que provoquem taquicardia, como exercícios vigorosos ou caminhadas? Jogos? Trabalhar no quintal? O que me diz sobre eventos esportivos excitantes, filmes assustadores ou uma discussão? Atividade sexual ou orgasmo? Você temeu ou evitou sensações em sua pele como calor ou tremor? Sensações de tontura ou falta de ar? Você evitou alguma comida, bebida ou outra substância porque poderia lhe trazer alguma sensação física, como café, álcool ou medicamentos como comprimidos para gripe? O quanto a evitação das situações ou atividades como essas afetou sua vida? Você necessitou mudar seu estilo de vida para adaptar-se aos medos?

0 = **Sem medo** ou evitação de situações ou atividades que provoquem sensações físicas incômodas (afritivas).

1 = **Leve**, medo e/ou evitação ocasional, mas geralmente confrontaria ou desafiaria com pouco desconforto atividades e situações que provoquem sensações físicas. Há pouca modificação do estilo de vida.

2 = **Moderado**, evitação evidente, mas ainda manejável, há definida, mas limitada modificação no estilo de vida, tal que o funcionamento geral não é prejudicado.

3 = **Severo**, extrema evitação causa modificação substancial do estilo de vida ou interfere no funcionamento.

4 = Evitação **extrema, pervasiva e incapacitante**. Extensa modificação no estilo de vida é necessária tal que importantes tarefas ou atividades não são realizadas.

ANEXO C - Escala Hamilton para Ansiedade (HAM-A)

| ESCALA HAMILTON DE ANSIEDADE | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| ESCORE PADRONIZADO | A | L | M | F | M |
| MÁXIMO = Qualquer sintoma máximo OU $\geq 50\%$ dos sintomas fortes FORTE = Qualquer sintoma forte OU $\geq 50\%$ dos sintomas médios MÉDIO = Qualquer sintoma médio OU $\geq 50\%$ dos sintomas leves LEVE = Qualquer sintomas leve | u | e | é | o | á |
| | s | v | d | r | x |
| | e | e | i | t | i |
| | n | | o | e | m |
| | t | | | | o |
| | e | | | | |
| | 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 | | | | | |
| 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, () dispneia, () constrição torácica, () suspiro, () bolo faríngeo | | | | | |
| SINTOMAS GASTROINTESTINAIS () dificuldade de engolir, () aerofagia, () dispepsia, () dor pré ou pós-prandial, () queimações, () empanzinamento, () náuseas, () vômitos, () cólicas e diarreias, () constipação, () perda de peso | | | | | |
| SINTOMAS GENITURINÁRIOS () micções frequentes, () urgência de micção, () frigidez, () amenorreia, () ejaculação precoce, () ausência de ereção, () impotência | | | | | |
| SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO () secura na boca, () ruborização, () palidez, () tendência à sudação, () vertigens, () cefaleia de tensão | | | | | |
| COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA Geral: () tenso, () pouco à vontade, () agitação das mãos, () dos dedos, () tiques, () inquietação, () respiração suspirosa. Fisiológico: () eructações, () taquicardia em repouso, () ritmo respiratório > 20 mpm | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

ANEXO C - Carta de Aprovação CEP / HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 160445

Data da Versão do Projeto: 25/08/2016

Pesquisadores:

AMÁLIA FÁTIMA LUCENA
ENEIDA REJANE RABELO DA SILVA
ISABEL CRISTINA ECHER
MARIA DO CARMO ROCHA LAURENT
MIRIAM DE ABREU ALMEIDA
VÍTOR MONTEIRO MORAES
KARINA DE OLIVEIRA AZZOLIN
CARLA ARGENTA
MARIA LUIZA SOARES SCHMIDT
TALINE BAVARESCO
MELISSA DE FREITAS LUZIA
ANANDA UGHINI BERTOLDO PIRES
ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT
SUZANA FIORE SCAIN

Título: AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL POR MEIO DOS RESULTADOS E INDICADORES DA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 12 de setembro de 2016.


José Roberto Goldim
CEP/HCPA