

Tiago Miguel Gonçalves Marques

Vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com
Perturbações Obsessivo-compulsivas

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Tiago Miguel Gonçalves Marques

Vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com
Perturbações Obsessivo-compulsivas

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Tiago Miguel Gonçalves Marques

Vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com
Perturbações Obsessivo-compulsivas

(Tiago Miguel Gonçalves Marques)

Projeto de Investigação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa
incluído nos requisitos de obtenção
do grau de licenciado em
Enfermagem.

Resumo

No âmbito da unidade curricular do Projeto de Graduação e Integração Profissional da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a realização de uma investigação relacionada com o tema escolhido pelo aluno dos propostos pelo professor. O tema escolhido foi: As vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com Perturbações Obsessivo-compulsivas.

Para a realização desta investigação foi utilizado o método qualitativo. Esta investigação pretende analisar e conhecer as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas e de que forma é que essas vivências podem contribuir para a evolução da prática da enfermagem, bem como no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

O instrumento de colheita de dados foi a entrevista, realizada a uma amostra de três enfermeiros especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica do Hospital Magalhães Lemos no Porto.

Conclui-se que as vivências dos enfermeiros passam pela visualização de alguns comportamentos destes doentes, aos quais os enfermeiros tiveram a oportunidade de se defrontar, desde o início da sua atividade profissional, e que essas vivências contribuem também para um crescimento pessoal dos enfermeiros com todas as experiências que acumulam de cada vez que estão com um doente com perturbação obsessivo-compulsivo.

Conceitos chave: Vivências, Enfermeiro, Enfermagem, Cuidar, Saúde, Saúde Mental e Psiquiátrica, Doente, Perturbações, Obsessão, Compulsão, Perturbações Obsessivo-compulsivas.

Abstract

As part of the course of Graduation Project and Professional Integration of the Degree in Nursing at the University Fernando Pessoa it was proposed to carry out an investigation relating to the theme chosen by the student and proposed by the teacher. The theme chosen was: The Experiences of Nurses as Caregivers of Patients with Obsessive-compulsive Disorders.

In carrying out this research it will be addressed the qualitative method. The research aims are to analyze, know and understand the nurses' experiences as caregivers of patients with obsessive-compulsive disorders and how could these experiences contribute to the evolution of nursing practice, as well as their personal and professional development.

The data collection instrument was the interview, conducted on a sample of three Mental and Psychiatric Health experts working at Hospital Magalhães Lemos, Oporto.

It was concluded that the nurses' experiences include visualizing some patients' behavior, whom the nurses had the opportunity to face from the beginning of their professional activity, and that this involvement also contributes to the nurses' personal growth with all the experiences that accumulate each time they are with a patient with an obsessive-compulsive disorder.

Key concepts: Experiences, Nurse, Nursing, Care, Health, Mental Health and Psychiatric, Illness, Disorders, Obsessive, Compulsive, Obsessive-compulsive disorders.

Dedicatórias:

Dedicado aos meus pais, que sempre me apoiaram desde o princípio.

À minha irmã Joana que me acompanhou em tudo.

Ao meu irmão Sérgio.

Ao meu tio João e Avó Bela pelo incentivo que sempre me deram.

À minha avó Rosa que sem ela muita coisa não seria possível.

À Anita por todo apoio e amor incondicional que me dá.

Ao meu sobrinho e afilhado Gonçalo.

À Família “Estrelatus” pela amizade verdadeira.

À minha amiga Cláudia.

Todos estes, a quem devo tudo.

Tudo aquilo que desenvolvi, todo o meu processo pessoal e académico.

Todos, os meus pilares de vida.

(03/03/2015)

“Às vezes ouço passar o vento; e só de ouvir o vento passar, vale a pena ter nascido.”

Agradecimentos:

Quero agradecer ao meu orientador, Professor José Manuel dos Santos pela disponibilidade e apoio essenciais para a execução deste projeto.

Aos meus amigos, colegas, professores e enfermeiros com quem trabalhei e que foram os grandes impulsionadores indispensáveis para a conclusão desta etapa, uma das mais importantes da minha vida.

Siglas

POC – Perturbação obsessivo-compulsiva

Índice

0. Introdução	11
I. – Fase Conceptual	12
1.1 – Definição e justificação do tema	12
1.2 – Problema de investigação	13
1.3 – Questões e objetivos de investigação	14
1.4 – Enquadramento teórico.....	15
1.4.1 – Definição de conceitos	15
1.4.2 – Etiologia.....	23
1.4.3 – Manifestações Clínicas	25
1.4.4 – Epidemiologia.....	25
1.5 – Estudos de investigação relacionados com o tema.....	27
II. – Enquadramento Metodológico	30
2.1 – Desenho da investigação	30
2.2 – Tipo de estudo	31
2.3 – Amostra e processo de amostragem	31
2.4 – Instrumento de recolha de dados	32
2.5 – Tratamento e apresentação dos dados	33
2.6 – Salvaguarda dos princípios éticos.....	36
III. – Fase Empírica	39
3.1 – Apresentação de resultados	39
3.2 – Análise e discussão de resultados.....	43
IV. – Conclusão	49
V. – Bibliografia.....	52

Índice de quadros

Quadro 1 – Representação esquemática dos resultados (Vivências dos Enfermeiros). .	40
Quadro 2 – Representação esquemática dos resultados (Papel do Enfermeiro).....	41
Quadro 3 – Representação esquemática dos resultados (Prática do Exercício Profissional).....	42

0. Introdução

Considerou-se a área da Saúde Mental e Psiquiátrica uma temática pertinente, visto que é uma área muito pouco explorada e pouco desenvolvida através de estudos de investigação e que ainda na atualidade continua a ser estigmatizada pela sociedade. Posto isto, pretendeu-se aprofundar conhecimentos, no qual, cada vez mais os cuidados diferenciados se tornam numa necessidade.

Conhecendo o grau de complexidade que esta área apresenta, adquirir competências adequadas para cuidar de doentes com doença mental tornou-se um objetivo.

Quanto ao fenómeno em estudo, tem como base o tema selecionado: “Vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com Perturbações Obsessivo-compulsivas”.

A importância da problemática deste estudo de investigação possibilitou traçar os seguintes objetivos: Conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas em contexto hospitalar; descrever o papel do enfermeiro perante estes doentes; conhecer o tipo de sentimentos que o enfermeiro tem ao trabalhar com estes doentes e identificar quais as maiores dificuldades na prestação de cuidados nestes doentes.

Para realizar este trabalho de investigação, foi utilizado o paradigma qualitativo, orientado para uma vertente fenomenológica. Como se pretendeu conhecer as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas, mesmo que o local de trabalho dos enfermeiros possa ser o mesmo, estes poderão partilhar experiências completamente distintas, semelhantes ou até mesmo iguais consoante as situações a que cada um foi submetido e também consoante as suas crenças e valores.

A amostra selecionada foi intencional, sendo composta por enfermeiros do Hospital Magalhães Lemos, tendo como critérios de elegibilidade: enfermeiros com experiência profissional na área da Saúde Mental e Psiquiátrica e enfermeiros que aceitem ser entrevistados. A colheita de dados foi efetuada através da entrevista áudio-gravada,

semiestruturada, com o intuito de responder à seguinte questão de investigação: Quais são as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbação obsessivo-compulsivas?

I. – Fase Conceptual

“A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.”

“O Processo começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada, a partir da qual se orientará a investigação” (Fortin, 2009, pág.49).

“Durante esta fase o investigador coloca em jogo atitudes como criatividade, raciocínio lógico perspicácia e uma base firme de conhecimentos sobre investigações prévias sobre o tema” (Polit e Hungler, 2000).

1.1 – Definição e justificação do tema

Segundo Fortin (2009, p.67), “O tema de estudo É um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos”

O tema escolhido pelo autor foi “As vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com Perturbações Obsessivo-compulsivas”.

A realização deste projeto teve como finalidade aprofundar esta temática, percebendo como se manifesta e de que forma afeta a vida profissional dos enfermeiros para de alguma forma melhorar a prática da enfermagem face a estes doentes.

“Até muito recentemente a Perturbação Obsessivo-Compulsiva era tida como uma doença psiquiátrica de frequência relativamente baixa e de prognóstico funcional algo reservado. Esta visão aliada à escassez de terapêuticas eficazes determinaram que, durante várias décadas, o interesse pela investigação desta unidade clínica era limitado” (Macedo e Pocinho 2000).

“No entanto, os resultados obtidos em estudos epidemiológicos recentes, nomeadamente o Epidemiologic Catchment Area, efetuado nos Estados Unidos da América, reconheceram que as Perturbações Obsessivo-Compulsivas seriam cerca de 50 a 100 vezes mais frequentes do que inicialmente se julgava” (Macedo e Pocinho, 2000).

“Atualmente, a Perturbação Obsessivo-Compulsivo é estimada como tendo uma prevalência ao longo da vida de 2,5% nos adultos (DSM-IVTR), sendo que mais de metade são mulheres. No entanto no que respeita a crianças, esta proporção aparece invertida com os meninos representando o dobro das meninas”(Barlow & Durand, 2001).

Este tema é de motivador e de particular interesse para o autor, uma vez que presenciou alguns casos de Perturbações Obsessivo-Compulsivas no âmbito do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e também porque é uma das áreas que lhe desperta alguma curiosidade quanto Enfermeiro.

1.2 – Problema de investigação

Todo o problema de investigação tem como ponto de partida um problema que nos inquieta e ao qual somos sensíveis e pretendemos encontrar uma explicação.

De acordo com Fortin (2009), “um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação. Uma situação pode ser considerada como problemática quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável”.

O problema de investigação surgiu de uma inquietação e preocupação do autor e centra-se nas vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas, nas suas manifestações e alterações do quotidiano do enfermeiro a nível profissional.

Segundo Pires, Carlos M. L. (2003), “alguns investigadores calculam que esta perturbação afeta entre um a três por cento da população. Normalmente começa no início da idade adulta, muitas vezes na sequência de um acontecimento stressante, como a gravidez, parto, conflito familiar ou dificuldades no trabalho.

1.3 – Questões e objetivos de investigação

A pergunta de partida é definida por Quivy e Campenhoudt (2008, p.31-32) como a fase “(...) através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”.

Assim definiu-se como pergunta de partida a seguinte: Quais são as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas e de que forma afeta a sua vida profissional?

“Para Fortin (2009, p.72), “Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe”

Neste estudo as questões que formulámos são:

Quais são as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com Perturbações Obsessivo-Compulsivas?

Que tipo de sentimentos tem o enfermeiro ao trabalhar com estes doentes?

Qual o papel do enfermeiro na vida destes doentes?

Quais são as maiores dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes?

Delineado o objetivo geral, traçámos os seguintes objetivos específicos:

Saber quais são as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas.

Conhecer o tipo de sentimentos que o enfermeiro tem ao trabalhar com estes doentes.

Saber qual o papel do enfermeiro na vida destes doentes.

Identificar quais as maiores dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes.

1.4 – Enquadramento teórico

O enquadramento teórico funciona como suporte para a prática da investigação, dando apoio e respostas e fundamentando a problemática em estudo. Já Fortin (2003, p.68) dizia que “a literatura serve para documentar a fonte das nossas ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação”.

1.4.1 – Definição de conceitos

Para iniciar uma abordagem relativa ao enquadramento teórico, é necessário fazer uma breve referência aos conceitos relacionados com a problemática em estudo.

Vivências

Firmino, Lucas e Serra (2007) defendem que a definição de vivências é usada pela fenomenologia para expressar as manifestações subjetivas, que só têm existência real para os que vivem, sendo o elo intermediário entre o Eu e o Mundo. Portanto, é esta a essência do nosso método, isto é, descrever o modo como os participantes

experienciaram o vivido, refletindo o ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência.

Segundo Fernandes (1976, p.1355), vivência é uma “experiência subjetiva, dada imediatamente à consciência pessoal do indivíduo e sentida anteriormente como do próprio – o sentir, perceber, ser afetado, pensar, desejar, querer, valorar”. Por outro lado, Freitas e Martins (1992, p.1090), realçam o caráter objetivo da vivência, “a vivência é um dado último da vida da consciência, sendo portanto objetivo, uma vez que inclui inevitavelmente um objeto – o vivido”. Relativamente ao conceito vivência, Mora (1977, p.421-422) refere que “a vivência não é, algo dado; somos nós que penetramos no interior dela, que a possuímos de uma maneira tão imediata que até podemos dizer que ela e nós somos a mesma coisa. A vivência é efetivamente vivida, isto é, é experimentada como uma unidade dentro da qual se inserem os elementos da análise, mas a vida psíquica não é constituída unicamente por vivências sucessivas, mas também com elementos simples, juntamente com as apreensões que se entrecruzam continuamente”.

Enfermeiro

O'Brien et al (2002) e Stuart e Laraia (2001) referem que um Enfermeiro, no âmbito da Saúde Mental, tem como objetivo promover e manter um comportamento na pessoa que contribua para a sua integração na sociedade. Para isso, este baseia-se no conhecimento obtido através das ciências psicossociais, biofísicas e das teorias da personalidade e do comportamento humano, encontrando deste modo a fundamentação teórica que justifica as suas intervenções na prática. Segundo os mesmos autores, um Enfermeiro de cuidados gerais, em qualquer área exerce a sua prática nos cuidados personalizados e na satisfação das necessidades imediatas do doente, mas para que se estabeleça uma relação de parceria e confiança entre enfermeiro/doente é necessário que o Enfermeiro tenha competência clínica, defenda o doente/família, colabore de forma interdisciplinar na equipa de saúde, tenha responsabilidade social e parâmetros ético-legais. Como tal, o Enfermeiro na Saúde Mental, mais do que terapeuta do corpo, é sobretudo terapeuta da mente. Pensando agora, na relação enfermeiro/doente, este tem como objetivos:

- A autorrealização, autoaceitação e incentivo de autorrespeito da pessoa cliente;
- Esclarecimento da identidade pessoal e intensificação da integração pessoal;
- Capacidade de lidar com a intimidade e com o dar e receber amor.

No sentido de cumprir estes objetivos, o Enfermeiro em Saúde Mental ajuda a pessoa a resolver áreas de conflito e ansiedade, permitindo que este expresse os seus pensamentos e emoções e os relacione com as ações observadas e relatadas. Nesta relação, deve existir respeito pela diferença de valores e crenças, no sentido do enfermeiro conseguir entender melhor os problemas do doente (Stuart e Laraia, 2001). Pode-se dizer assim que a relação terapêutica é a ferramenta mais importante que o enfermeiro possui para trabalhar com as pessoas em Saúde Mental, mas a sua eficácia vai depender do nível de autoconsciência do enfermeiro. Na prática da enfermagem, o enfermeiro deve adaptar e readaptar continuamente o modo de se dirigir aos doentes. Logo, o enfermeiro deve ter atenção na forma como age (comportamento) perante os utentes, pois o seu comportamento pode influenciar definitivamente o comportamento dos doentes. Isto é, necessita de estar apto para agir positivamente com a sua própria personalidade, uma vez que é a sua ferramenta básica, visto que trabalha terapêuticamente com os doentes. Segundo Taylor (2002, p.37), “(...) muitos enfermeiros fazem uso terapêutico das suas personalidades com sucesso sem reconhecerem a sua eficácia interpessoal ou serem capazes de analisar a razão de serem bem sucedidos.” Mediante isto, os enfermeiros que cuidam de utentes com doença mental não podem confiar no facto sorte, na expectativa de desenvolverem a autoperceção, essencial para um trabalho terapêutico efetivo. Apesar da prática efetiva da enfermagem psiquiátrica não exigir atributos ou atitudes particulares de personalidade, na realidade, exige um empenho firme e planeado de forma a que o enfermeiro desenvolva uma perceção de si mesmo e dos outros. Tendo em conta que o comportamento é determinado pelas crenças e emoções do indivíduo, a competência do enfermeiro como uma ferramenta terapêutica depende fortemente da aceitação dessas crenças e emoções que levam à prática efetiva da enfermagem psiquiátrica.

Enfermagem

Apesar de a enfermagem estar a evoluir e de ter ainda que atualizar as ideias e os ideais dos primeiros líderes da enfermagem, as teorias de enfermagem contemporâneas geralmente promovem ainda ideias similares acerca da enfermagem. Florence Nightingale, por exemplo, falou de uma “nova arte e nova ciência” e apresentou a enfermagem como um procedimento que requeria treino científico organizado. Mais tarde, líderes como Virginia Henderson, Lydia Hall e Frances Krueger, desenvolveram conceitos de enfermagem que eram compatíveis com os de Nightingale. Henderson, por exemplo, definiu o papel do enfermeiro como muito subjetivo e qualitativo. Ela acreditava que o enfermeiro devia “entrar na pele do doente, de forma a saber o que ele precisa” (Watson, J., 2002).

De acordo com Annie Goodrich, a enfermagem “impregna os atos simples com importância e instila um desejo pela perícia mais elevada e rigor na sua atuação. Ela comanda para além de todas as outras concorrentes, uma perspetiva ampla, análises rigorosas, associação estreita com descobertas científicas, ótimas perceções, tolerância duradoura nascida da compreensão” (Watson, J., 2002).

Os temas comuns e alargados, provenientes da herança da enfermagem acerca da natureza da enfermagem que Watson, J. adota como sendo a sua definição de enfermagem são:

- Uma visão do Homem como uma pessoa de valor para ser apreciada, respeitada, educada, compreendida e assistida. O Homem é mais do que apenas a soma das suas partes.
- Um enfoque nas relações humanas, transações entre pessoas, o seu ambiente, como isso afeta a saúde e o curar num sentido amplo.
- Uma abordagem à transação do cuidar do Homem-pelo-Homem entre o enfermeiro e a pessoa e como isso afeta a saúde e a cura.
- Um enfoque no processo não médico do cuidar e no cuidar pelo enfermeiro de pessoas com várias experiências na saúde-doença.
- Um interesse pela saúde, a promoção da saúde e bem-estar.

- Uma posição de que o conhecimento de enfermagem é distinto de, mas antes complementar ao conhecimento médico.

Cuidar

Segundo Pacheco (2002, p28) entende-se por cuidar “o prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de todo uma pessoa. Deve ser vista como o centro da atenção de quem cuida e por isso, nunca devem ser esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados exigidos pela doença em si.”

Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003-2013), o conceito “saúde”, mais do que ausência de doença, representa uma situação de completo bem-estar físico, psíquico e social. Inclui também a adequação do sujeito individual ao meio em que está inserido. Mais do que uma situação estática, resulta de uma contínua intenção individual no sentido de gerir a afetividade, evitar atitudes e hábitos nocivos e fazer vigiar regularmente certos parâmetros clínicos e analíticos.

Saúde Mental e Psiquiátrica

Segundo Fonseca (1997), a Doença Mental não é um conceito fácil de definir, contudo, esta dificuldade não rejeita a necessidade de defini-lo. Esta necessidade não se prende simplesmente com a compreensão da pessoa com doença mental, a definição deste conceito é fundamental para a adoção de medidas terapêuticas apropriadas, para aliviar o sofrimento da pessoa, e conseqüentemente, para que a cura aconteça. Karl Menninger define saúde mental como um ajuste que cada ser humano faz com o outro e com o mundo que o rodeia, como o máximo de eficácia e de felicidade (O’Brien et al, 2002). A American Nurses’ Association (ANA) define-a como um estado de bem-estar, no qual os indivíduos funcionam bem em sociedade, mostrando-se geralmente, satisfeitos com as suas vidas.

Para compreender o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que trabalham na área da Saúde Mental e Psiquiatria é fundamental conhecer um pouco da História da Psiquiatria, à qual estão inegavelmente ligados. Segundo Neeb (2000), a História da Enfermagem em Saúde Mental caracteriza-se por ser longa e rica e a sua evolução remonta às competências mais rudimentares, anteriores a Florence Nightingale, a especificação dos cuidados diferenciados presentes no séc. XXI. Ainda de acordo com o mesmo autor, os anos 50 foram importantes para toda a organização da Saúde Mental. Começaram a ser desenvolvidos os primeiros medicamentos psicotrópicos, tornando possível as pessoas regressassem às suas casas e comunidades (desinstitucionalização). Estes medicamentos permitiram também que outras formas de tratamento fossem utilizadas com maior eficácia. A Saúde Mental engloba a enfermagem psiquiátrica e, segundo a Declaração sobre a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental da Associação Norte-Americana de Enfermagem, esta define-se como uma “área especializada de prática de enfermagem que emprega as teorias do comportamento humano como sua ciência e o uso propositado de si próprio como arte” (Stuart e Laraia, 2001, p. 36). Na Conferência do Ministério Europeu da OMS sobre Saúde Mental, realizada em Helsínquia em Janeiro de 2005, a Declaração de Saúde Mental para a Europa, refere que atividades de Saúde Mental já não se concentram exclusivamente no tratamento e institucionalização de pessoas com doença mental. A declaração reconhece que as políticas e os serviços se devem esforçar para alcançar o bem-estar e a inclusão social, tendo uma visão global da necessidade e benefícios de diversas atividades de Saúde Mental para a população, os grupos de risco e pessoas com problemas de saúde mental. Isto inclui as políticas para combater o estigma e a discriminação, evitar transtornos mentais e suicídio, desenvolver os serviços que considerem as necessidades dos doentes mentais e dos respetivos profissionais de saúde e capacitá-los a ter um papel ativo na sociedade. Foi então definido pela OMS que os cuidados de saúde mental na região europeia tivessem como objetivo apoiar a implementação de políticas e atividades para melhorar a promoção, prevenção, cuidados e tratamento da Saúde Mental.

Tendo por base 12 áreas de principal ação:

- Promover o bem-estar mental para todos;
- Demonstrar a centralidade da saúde mental;
- Combater o estigma e a discriminação;
- Promover atividades sensíveis às fases vulneráveis da vida;
- Prevenir problemas de saúde mental e suicídio;
- Garantir o acesso aos cuidados primários para problemas de saúde mental;
- Oferecer atendimento eficaz em serviços baseados na comunidade para pessoas com graves problemas de saúde mental;
- Estabelecer parcerias entre os sectores;
- Criação de uma força de trabalho suficiente e competente;
- Estabelecimento de informação de boa saúde mental;
- A concessão de financiamento adequado e justo;
- Avaliar a eficácia e gerar novas provas.

Os autores Arantes, Fukuda e Stefanelli (2008) assentam a competência dentro da Enfermagem Psiquiátrica como fulcral para a assistência, ensino e/ou pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental. Além dos conhecimentos teóricos validados e atualizados,

no cuidar da pessoa fragilizada com doença mental, para se ser competente é necessário uma prática e reciclagem periódica em instituições capazes de oferecer modelos e procedimentos de intervenção com eficácia comprovada.

Perturbações Obsessivo-compulsivas

“A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma doença peculiar e frequentemente invalidante, cujo quadro clínico se caracteriza pela presença de dois fenómenos distintos: as obsessões e as compulsões, embora na prática clínica se englobem sob designação genérica sintomas obsessivos, tanto os pensamentos obsessivos como os rituais compulsivos” (Macedo e Pocinho, 2000).

“É uma perturbação de ansiedade em que a mente é inundada por pensamentos persistentes e incontroláveis, ou em que a pessoa é compelida a repetir certos atos que originam um significativo desconforto, bem como uma influência perturbadora na sua vida” (Pires, C. 2003).

“Estes doentes são especialmente perfeccionistas, preocupados com detalhes, horários, esquemas, regras, prestam muita atenção a todos os detalhes, de forma que os projetos acabam por não ser acabados. Estas pessoas orientam-se mais para as questões de trabalho do que de prazer, tendo dificuldade em tomar decisões e distribuir o tempo. Manifestam também dificuldades interpessoais como resultado das suas exigências e de quererem fazer as coisas à sua maneira. São geralmente inflexíveis, nomeadamente no que toca a questões morais” (Pires, C. 2003).

Obsessão

Uma obsessão “é um pensamento, imagem ou impulso, intrusivo, repetitivo inaceitável ou indesejado e que origina resistência subjetiva” (Rachman e Hodgson, 1980).

Compulsão

As compulsões são atos (ou mesmo fenómenos mentais) essencialmente repetitivos e estereotipados: “podem ser inaceitáveis ou mais frequentemente aceitáveis, mas não vistas pelo indivíduo como excessivas ou exageradas. São precedidas ou acompanhadas por uma experiência subjetiva de compulsão e geralmente provocam resistência subjetiva” (Rachman e Hodgson, 1980).

1.4.2 – Etiologia

A Perturbação Obsessivo-compulsiva constitui ainda um desafio clínico, não sendo totalmente compreendida quanto à sua etiologia e tratamento. Apesar de ser uma doença pouco prevalente (1% da população), é dotada de marcada gravidade, no sentido em que pode, em casos severos, gerar um grave comprometimento do funcionamento psicossocial com limitações no desempenho de tarefas no ambiente familiar, profissional e social, o que faz com que esta afete não só o doente mas todos os grupos em que este se insere.

Estudos indicam que esta doença geralmente surge no início da idade adulta e que grande parte destes doentes tem traços de personalidade comuns, como a dúvida constante, a intolerância à incerteza, a escrupulosidade e auto culpabilização (San-Bento, C., 2014).

Segundo San-Bento (2014), podem existir quatro hipóteses etiológicas:

- Disfunções estruturo-anatómicas e Hipótese Glutamatérgica:

Vários estudos defendem a existência de uma fisiopatologia neurobiológica que justifique a POC. Neste sentido, crê-se que os indivíduos com POC apresentem anomalias funcionais ou estruturais em regiões cerebrais específicas, como: os núcleos da base, o córtex frontal e as estruturas límbicas (*cingulum*, *septum*, hipocampo e córtex

temporal). A disfunção dessas regiões pode ser resultado de fatores genéticos (e.g., áreas atrofiadas), fenómenos infecciosos ou traumatismos.

- Hipótese serotoninérgica:

A hipótese serotoninérgica tem sido uma das hipóteses etiológicas mais estudadas nas últimas décadas, devido ao efeito terapêutico de fármacos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS). No entanto, os resultados obtidos são ainda inconclusivos e controversos quanto à justificação desse efeito terapêutico, sendo proposto por alguns autores que, apesar da manipulação farmacológica do sistema serotoninérgico, podem causar uma supressão da sintomatologia obsessiva, o próprio sistema serotoninérgico pode não estar envolvido na fisiopatologia desta doença.

- Predisposição genética na POC

Vários estudos defendem que os indivíduos com familiares de 1º grau com POC têm maior predisposição para desenvolver POC do que a população em geral. Num estudo que englobava 46 crianças e adolescentes com POC, foram questionados e avaliados 145 familiares de 1º grau destas, revelando que 25% dos pais e 9% das mães dessas crianças e adolescentes tinham POC. Outros estudos sugeriram uma predisposição aumentada para desenvolver POC em indivíduos cujos familiares de 1º grau sofriam de POC, Perturbação Afetiva, Esquizofrenia e, com menor relevância, outras patologias psiquiátricas.

Apesar dos estudos ainda serem algo controversos a este respeito, vários autores sugerem a existência de predisposição para determinada idade de início da POC correlacionada com a idade de início mais ou menos precoce da POC nos respetivos familiares de 1º grau.

- Hipótese Neuropsicológica

Há quem defenda que défices cognitivos resultem em determinada condição fisiopatológica que predispõe os indivíduos a desenvolver uma POC.

Assim, as obsessões e compulsões da POC seriam respostas aprendidas como mecanismo compensatório de determinado défice cognitivo, nomeadamente amnésico ou do processamento da informação. Esta teoria explica sobretudo os comportamentos ritualísticos de verificação.

1.4.3 – Manifestações Clínicas

A POC manifesta-se sobretudo por pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos e tem sido, por isso, descrita como: um pensamento ou imagem que se impõe contra a vontade do indivíduo que os experimenta, fazendo-o sentir-se impotente para os desprezar ou apagar da sua consciência ou para resistir ao impulso de realizar a compulsão, uma vez que essas experiências são, não só penosas e indesejáveis, mas também, consideradas pelo indivíduo como exageradas, absurdas e irracionais.

1.4.4 – Epidemiologia

Segundo Rutter et al (1970), o primeiro estudo epidemiológico realizado (conhecido como o estudo da Ilha de wigh) referia “Perturbações de Ansiedade/Obsessivos” em 7 de 2199 crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 11 anos (0,3%).

Estudos epidemiológicos mostram que a POC é uma perturbação comum na infância, na adolescência e na idade adulta com um curso crónico e morbilidade significativa (Flament, 1994).

A doença obsessivo-compulsiva parece ser mais frequente em indivíduos com condições desfavoráveis (rutura conjugal, dependência financeira, desemprego), no entanto, em termos de causa-efeito, a relação existente entre os acontecimentos de vida negativos e a doença obsessivo-compulsiva não é tão evidente como acontece, por exemplo na depressão. Os fatores vulnerabilizantes vividos num passado recente

poderão tornar o indivíduo mais suscetível ao aparecimento da doença. Pollit (1957) estima que 66% dos casos aparecem associados a um destes fatores.

Os problemas sexuais e matrimoniais, bem como o luto recente são os motivos mais frequentemente encontrados, seguidos dos problemas laborais, gravidez e parto ou qualquer mudança no estilo de vida que resulte em aumento dos níveis de responsabilidade (Rachman, 1980).

Vários estudos realizados nos últimos anos têm obtido resultados relativamente consistentes, apesar de não exatos, que sugerem que 1% dos indivíduos na população geral sofra de POC. Crê-se, no entanto, que este valor seja ainda subestimado, no sentido em que continua a observar-se: escassa procura voluntária de ajuda, omissão e dissimulação dos sintomas pelo indivíduo com POC e altas taxas de comorbilidades com outras patologias que encobrem a POC (San-Bento, C., 2014).

Estudos realizados em indivíduos adultos com POC revelaram que a prevalência da POC não difere significativamente entre géneros, verificando-se apenas uma ligeira predominância no sexo feminino. No entanto, concluiu-se que, nos indivíduos com início da POC na infância, há, pelo contrário, predominância no sexo masculino (San-Bento, C., 2014).

Implicações das Perturbações Obsessivo-compulsivas na família e estratégias de coping

Um estudo realizado a 225 membros da família (pais, cônjuges, filhos, irmãos, e noivas) de indivíduos com perturbação obsessivo-compulsivo analisou diferentes tipos de comportamento ligados a POC, e algumas estratégias de coping adotadas pelos mesmos. Os problemas de comportamento relatados mais frequentemente associados com POC foram depressão, ruminação obsessiva, realizar rituais, e desempenho de tarefas pobres. Mais de quatro quintos dos familiares de doentes com POC relataram rutura na vida pessoal dos membros da família, e observou que a carga de cuidados caía sobre outro membro da família. As estratégias que os familiares adotaram para ultrapassar este problema foram: assistir a palestras, ler sobre POC, acompanhar

terapias de grupo e grupos de autoajuda. Outras das estratégias utilizadas foram a medicação e terapia individual. Os serviços mais utilizados pelos familiares eram aulas e workshops sobre como lidar com o comportamento difícil de doente com POC (PsycINFO Banco de Dados Record).

1.5 – Estudos de investigação relacionados com o tema

Segundo Bebbington, o primeiro estudo populacional sobre POC foi conduzido por Roth e Luton em 1942, no Tennessee (EUA), com uma amostra de 1.700 pessoas, indicando uma taxa de 0,3% e o segundo realizado por Brunetti, em 1977, na França, obteve uma taxa de 1,0%.

Após uma revisão exploratória de publicações referentes ao período compreendido entre 2007 e 2015, optou-se por uma apresentação dos estudos pela ordem de ano de pesquisa (do mais antigo ao mais recente), fazendo também referência às fontes locais das publicações, objetivos, tipos de estudo, amostra, instrumento de colheita de dados e por fim, às conclusões com que cada investigador se depara.

Hudzinski et al. (2009) verificaram através das suas entrevistas que os portadores de POC consideram as suas atitudes como “ridículas”, mas que não conseguem controlar os seus pensamentos ou ações, sendo que a maioria dos sujeitos procura esconder a sua perturbação por vergonha. Estes sujeitos demonstraram ter grandes dificuldades na realização, fazendo-o apenas em locais onde exista privacidade. Os entrevistados relataram que se sentem muitas vezes humilhados com críticas que recebem, fazendo com que o seu sofrimento aumente.

Dimensões dos sintomas, curso clínico e comorbilidade em homens e mulheres com perturbação obsessivo-compulsivo.

O estudo teve como objetivo comparar os doentes do sexo masculino e feminino com perturbação obsessivo-compulsiva (POC), através das dimensões de sintomas, curso clínico e comorbilidades. Um estudo transversal foi realizado com 858 adultos com POC no Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Perturbações do Espectro

Obsessivo-Compulsivo. Os doentes foram avaliados por meio de entrevistas estruturadas, incluindo a Dimensional Yale-Brown Obsessivo-Compulsivo Scale (DY-BOCS) e a entrevista clínica estruturada para Perturbações. A amostra foi composta por 504 mulheres (58,7%) e 354 homens (41,3%), com idade média de 35,4 anos de idade (intervalo: 18-77). Os homens eram mais jovens, apresentaram mais tiques, fobia social e transtornos por uso de álcool. Entre os homens, a interferência dos sintomas ocorreu mais cedo e os sintomas da dimensão sexual/religioso eram mais comuns e mais graves. Inversamente, as mulheres estavam mais propensas a apresentar sintomas de agressividade, de contaminação/limpeza, de roubo e comorbilidade com fobias específicas, anorexia nervosa, bulimia, tricotilomania e “skin picking compulsivo”. Na regressão logística, o sexo feminino permaneceu independentemente associado com as dimensões agressivas e contaminação/limpeza. Em ambos os sexos, a dimensão agressiva permaneceu associada a uma perturbação de stresse pós-traumático, à dimensão sexual/religioso, à depressão maior e à dimensão de roubar com transtornos de tiques. O género parece ser relevante na determinação de POC. A apresentação clínica deve ser considerada um aspeto importante na definição de POC em subgrupos mais homogéneos.

Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura.

Niederauer, K, Braga, D, De Souza, F, Meyer, E, & Cordioli, em 2007 fizeram uma revisão da literatura. “Uma maior compreensão do sofrimento associado aos sintomas aumentou os estudos e o interesse no bem-estar geral e na qualidade de vida dos portadores”. Método: foi realizada uma revisão bibliográfica de trabalhos que investigaram a qualidade de vida em portadores de transtorno obsessivo-compulsivo. A busca foi feita nas bases de dados Medline, SciELO e PsychInfo, utilizando como palavras-chaves “quality of life” e “obsessive-compulsive disorder”. Foram selecionados 27 artigos que abordaram o tema. As áreas mais afetadas pelo transtorno, bem como a relação deste com a qualidade de vida, foram descritas. Efeitos de tratamentos na qualidade de vida dos pacientes também foram apresentados. Resultados: os relacionamentos sociais e familiares, seguidos pelo desempenho ocupacional (capacidade para trabalhar e estudar), foram as áreas mais afetadas pelo transtorno e,

apesar de melhorarem com tratamento, permanecem insatisfatórios. As obsessões foram associadas a prejuízos mais significativos na qualidade de vida do que as compulsões (rituais). Conclusões: apesar das limitações, os estudos mostram evidências do comprometimento da qualidade de vida de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo, sendo este comparável ao de pacientes com esquizofrenia. Pesquisas futuras com diferentes delineamentos são necessárias para estabelecer resultados mais consistentes no tratamento do TOC e de melhora na qualidade de vida, mas necessitam de estudos mais consistentes” (Niederauer, K, Braga, D, De Souza, F, Meyer, E, & Cordioli, 2007).

Papel do Enfermeiro junto do doente com POC e da sua família

Alguns autores, nas últimas décadas, têm enfatizado como principal papel do enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria o de estabelecer uma relação terapêutica com o doente. A enfermagem psiquiátrica tem-se baseado em Peplau (1962), que considera que o papel do enfermeiro psiquiátrico não está no exercer de atividades administrativas, em ser um agente socializador ou fazer educação para a saúde, ou, ainda nos papéis de mãe substituta ou técnico, mas sim no seu papel de psicoterapeuta. Stefanneli, et al (1985) afirmam ainda que “o papel do enfermeiro psiquiátrico, graças aos esforços de Peplau (1962) evoluiu dos cuidados físicos ao paciente, exclusivamente para o de competência no relacionamento interpessoal” (p.129).

II. – Enquadramento Metodológico

Neste capítulo serão descritas as opções e as atividades metodológicas adotadas para a concretização do trabalho de investigação desenvolvido.

2.1 – Desenho da investigação

O desenho da investigação para Fortin (2009, p.131), define-se como “o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação”. A mesma autora diz ainda que, “destina-se a pôr em ordem um conjunto de atividades de maneira a permitir ao investigador a realização efetiva do seu projeto”. “ (...) constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação”.

“Importa, acima de tudo, que o investigador seja capaz de conhecer e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho. Este nunca se apresentará como uma simples soma de técnicas que se trataria de aplicar tal e qual se apresentam, mas sim como um percurso global do espírito que exige ser reinventado para cada trabalho “(Quivy e Campenhoudt, 2008, p.15)

Compreender as vivências dos enfermeiros face a este evento crítico, torna-se pertinente para a Enfermagem, na medida em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem (Meleis [et al.], 2000).

A Teoria das Transição oferece à Enfermagem uma estrutura que enfatiza processos longitudinais e multidimensionais que estão sempre relacionados com a natureza e com os padrões de resposta dos indivíduos e uma linguagem comum que abrange todas as

áreas específicas, papéis profissionais e campos teóricos e metodológicos (Meleis e Trangenstein, 1994).

2.2 – Tipo de estudo

Os estudos de investigação podem classificar-se segundo o objetivo em estudo e o momento de análise. Relativamente ao objetivo, este estudo é do tipo descritivo exploratório, em que se pretende conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam de doentes obsessivo-compulsivos e saber o papel dos enfermeiros na vida destes doentes. Em investigação qualitativa, os estudos exploratórios permitem conhecer dimensões, variações e a importância do fenómeno, através da observação e classificação, bem como analisar a natureza do fenómeno, a forma como se manifesta e outros fatores com que se relaciona (Polit e Hungler, 2000).

Quanto à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal num meio natural, uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. São estudos práticos, relativamente económicos e fáceis de aplicar, no entanto, não permitem avaliar mudanças ou tendências temporais (Polit e Hungler, 2000), como é o caso da transição nas vivências dos Enfermeiros.

2.3 – Amostra e processo de amostragem

O estudo foi realizado com base nas entrevistas realizadas a enfermeiros especialistas em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. De acordo com Streubert e Carpenter (2002), na investigação qualitativa não existe a necessidade de recorrer a amostragem, uma vez que a manipulação, controlo e generalização dos resultados não é intenção de pesquisa. A preocupação do investigador é desenvolver uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo e não generalizar os dados obtidos. Neste sentido, o pesquisador seleciona propositadamente indivíduos ou grupos que tenham vivenciado o fenómeno (Driessnack, Sousa e Mendes, 2007). Os participantes do estudo foram os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a trabalhar no Hospital Magalhães Lemos em serviço de internamento. A literatura diz-nos que os mesmos podem ser influenciados pelas suas próprias características. Por isso, entendemos que,

para compreender as vivências dos enfermeiros que cuidam de doentes com POC, seria muito mais enriquecedor se tivémos um conjunto de participantes com diferentes características (idade dos enfermeiros, experiências e doentes diferentes), em que a quantidade não é importante, mas sim a sua experiência individual no fenómeno em estudo (Driessnack, Sousa e Mendes, 2007).

O critério de seleção dos participantes consistiu, desta forma, na diversidade máxima dos perfis relativamente ao problema em estudo (Quivy e Campenhoudt, 2008). Poderemos ainda classificar este tipo de seleção dos participantes como uma amostra intencional de variação máxima. Ao selecionar participantes representativos de diferentes pontos de vista e perspetivas, o investigador poderá obter diferentes significados acerca do fenómeno em estudo (Polit e Hungler, 2000).

2.4 – Instrumento de recolha de dados

A entrevista semiestruturada parece ser uma estratégia de recolha de dados adequada à metodologia escolhida, uma vez que permite, através de um conjunto de questões relativamente abertas, explorar o fenómeno em estudo. Este procedimento é utilizado para recolher dados descritivos da linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam os aspetos do mundo (Bogdan e Bilken, 2010).

Deste modo, seguimos o guião de entrevista semiestruturada construído e utilizado pelo próprio investigador (Anexo I). Inicialmente, este guião era constituído por 16 perguntas que pretendiam compreender não só as vivências dos enfermeiros que cuidam de doentes com POC, mas também conhecer o papel do enfermeiro nesse contexto. Por isso, procedeu-se à escolha das perguntas que permitem analisar o fenómeno em estudo. Tendo por base a teoria das transições de Meleis et al (2000), as perguntas que constituem o guião têm como pressuposto a exploração das propriedades, condições e padrões de resposta.

Este tipo de colheita de dados depende muito das competências do investigador para estabelecer relação com os participantes. É importante que este seja capaz de manter o interesse do participante para que ele se sinta disponível para revelar a informação (Streubert e Carpenter, 2002). O investigador deverá deixar o entrevistado falar abertamente com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier, esforçando-se por reencaminhar a entrevista para os objetivos, cada vez que o entrevistado deles se afastar, e por colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio, no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível (Quivy e Campenhoudt, 2008). Estas entrevistas foram gravadas através de sistema áudio, e transcritas para suporte de papel. Ao longo das entrevistas o investigador procurou fazer anotações escritas de forma a poderem ajudar a obter uma descrição mais compreensiva e precisa (Streubert e Carpenter, 2002).

Foram realizadas 3 entrevistas, entre os meses de Junho e Julho, após as quais se constatou que as respostas dos participantes começava a repetir-se e não adicionavam dados novos à pesquisa. O critério final para estabelecer se devemos ou não concluir o processo de recolha e análise de dados é a saturação teórica, ou seja, o ponto no desenvolvimento das categorias em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise (Strauss e Corbin, 2008). Estamos conscientes de que em investigação do tipo qualitativo cada experiência individual deve ser valorizada, e que poderíamos, mesmo assim, ter obtido outras respostas com outros participantes. No entanto, dado o tempo disponível para a realização deste Projeto de Graduação e pela saturação teórica dos dados obtidos, entendemos que seria o momento adequado para a finalização da colheita de dados.

2.5 – Tratamento e apresentação dos dados

A análise de dados na investigação qualitativa começa aquando a colheita de dados (Streubert e Carpenter, 2002), assim tal como referido, à medida que foram realizadas as entrevistas. Procedeu-se à sua transcrição para suporte de papel, respeitando integralmente a linguagem utilizada e usando algumas convenções como as aspas simples (“ “) para os comentários dos participantes, os parênteses retos ([]) para as explicações resultantes da interpretação do investigador e as reticências (...) para

registrar os momentos de silêncio e pausa. De forma a facilitar a localização dos dados, as entrevistas foram identificadas com uma letra (E1, E2 e E3) pela ordem cronológica em que ocorreram.

Como nos refere Pope e Mays (2005, p. 98) “(...) analisar dados qualitativos não é tarefa simples ou rápida. Feita adequadamente, é sistemática, rigorosa, demorada e, portanto, requer um trabalho intensivo (...)”. Polit e Hungler (2000) dizem-nos ainda que é uma atividade que requer perspicácia, criatividade, sensibilidade conceptual e entrega absoluta. Tal como referimos anteriormente, o nosso objetivo não é obter uma quantificação dos resultados, mas sim interpretar os significados implícitos nos discursos dos participantes, de forma a compreender o fenómeno em estudo. Bogdan e Biklen (2010) dizem-nos que a análise dos dados envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspetos importantes do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros.

Deste modo, para a análise dos dados procedemos à análise de conteúdo categorial de Bardin (2009). Segundo a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que pretende obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativamente às condições de produção/receção dessas mensagens.

O presente estudo pretendeu conhecer as vivências dos enfermeiros que cuidam dos doentes com POC e conhecer o papel do enfermeiro perante estes doentes. Por isso, foram pré-estabelecidos três temas a priori: Vivências dos Enfermeiros, Papel do Enfermeiro e Exercício profissional. Esta foi uma decisão difícil, pois sabemos que, embora o recurso à literatura seja indispensável, o conhecimento obtido pode coibir a criatividade do investigador (Strauss e Corbin, 2008) e influenciar a análise dos dados. Por outro lado, pareceu-nos adequado e pertinente o recurso a uma análise dedutiva dos dados para o presente estudo, uma vez que era da nossa intenção compreender um fenómeno pouco explorado, através da sua interpretação à luz da teoria de médio alcance de Meleis et al (2000). Assim, procurando no discurso dos participantes a

presença ou ausência dos vários pressupostos da teoria, pretendíamos dar resposta aos objetivos inicialmente propostos.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados (Bardin, 2009). Na primeira fase, foram feitas várias leituras flutuantes das entrevistas de forma a sistematizar as ideias iniciais através das primeiras impressões e intuições.

De seguida, serão realizadas novas leituras, tendo em conta os temas definidos a priori. Estas leituras serão, de início, verticais, ou seja entrevista a entrevista e depois horizontais, frase a frase, procurando o que é comum e diferente em cada tema, para se proceder à agregação dos dados em categorias e subcategorias. As frases consideradas pertinentes para o nosso objeto de estudo serão destacadas do restante texto e posteriormente compiladas num novo texto, procedendo, assim, à sua descontextualização (Morse, 2007).

Os critérios de inclusão das respostas em cada categoria prendem-se com o significado atribuído por Meleis e colaboradores (2000) a cada categoria. Dentro de cada categoria os dados são ainda agregados em subcategorias, segundo conceitos e palavras-chave, que permitem esta diferenciação, mantendo a relação com a categoria inicial. Segundo Amado (2000) e Bardin (2009), a formulação das categorias deve obedecer às seguintes regras: exaustividade, exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade, produtividade e definição de conteúdos categorizáveis.

Critérios que não serão cumpridos neste tipo de categorização são o da exclusividade e da homogeneidade. Algumas categorias são transversais a outras categorias. Por isso mesmo, só se poderá fundamentar através de dados incluídos nas outras categorias. Por outro lado, a apresentação dos dados, segundo o esquema inicial, não irá traduzir a análise efetuada do fenómeno em estudo, apesar de essa interpretação poder ser realizada aquando a análise e discussão dos resultados. A apresentação das categorias de forma isolada iria, por sua vez, dar uma visão muito estanque e separada de todas as dimensões da teoria. Meleis et al (2000) dizem-nos que as dimensões da teoria estão

relacionadas, existindo um fluxo bidirecional entre elas, daí se verificarem categorias transversais às várias dimensões.

Do conjunto das fases anteriores resulta um sistema de categorias exaustivo que condensam (classificam, catalogam, codificam, distribuem, correlacionam) e apresentam os dados. Trata-se de uma espécie de estrutura ideal em que todas as categorias estão reunidas e nos dão uma visão holística e uma unidade genérica das características do corpo documental (Amado, 2000). Deste modo, todas as categorias são organizadas de forma a traduzirem o fenómeno em estudo e responderem aos objetivos, dando lugar a três novas dimensões: Evento crítico: Vivências; papel do enfermeiro face ao evento crítico e prática do exercício profissional, face ao evento crítico.

Os dados obtidos serão comparados sistematicamente, recorrendo à literatura ou experiências. na procura de exemplos de fenómenos similares e tenta-se alcançar múltiplos pontos de vista sobre um facto, mantendo sempre uma atitude de dúvida (Strauss e Corbin, 2008). Quando o processo de codificação dos dados e mapeamento fica completo, é observado por peritos experientes, que validarão o processo.

2.6 – Salvaguarda dos princípios éticos

Qualquer investigação que envolva seres humanos deve ter em conta o ponto de vista ético (Fortin, 2009).

“As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (Fortin, 2009, p.180).

Nesta investigação, foram assegurados os cinco princípios principais do Código de Ética de Investigação (Fortin, 2003). Sendo eles:

- Direito à autodeterminação – Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

Tendo em conta este direito, para as entrevistas os participantes foram informados da importância da sua participação neste estudo, deixando explícito que eram livres de decidir se queriam participar, ou não.

- Direito à intimidade – Faz referência à liberdade da pessoa decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Foi permitido ao aluno a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a dar.

- Direito ao anonimato e confidencialidade – Este é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais.

Neste estudo, sendo a entrevista o método escolhido para recolha de dados, apenas o investigador conhecerá a amostra. No entanto, todos os resultados foram apresentados de maneira a que nenhum entrevistado fosse identificado.

Além disso, foi pedido a cada um dos entrevistados que assinasse um documento de consentimento informado (Anexo II), no qual se explicava ao entrevistado todas as etapas do estudo e os objetivos do mesmo.

- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – Corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.

No presente estudo não foram previstos quaisquer riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica que pudessem advir com a realização do mesmo.

- Direito a um tratamento justo e equitativo – Refere-se ao direito que o participante tem em receber um tratamento justo – direito a ser informado sobre a natureza, os objetivos e a duração da investigação – e equitativo – escolha dos sujeitos ligada ao problema de investigação, durante a participação no estudo.

Neste estudo, todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim como dos métodos utilizados para a realização do estudo.

III. – Fase Empírica

Neste terceiro capítulo, inicialmente serão caracterizados os participantes do estudo e seguidamente será feita a apresentação, análise e discussão dos resultados.

3.1 – Apresentação de resultados

Foram realizadas três entrevistas a Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, especialistas há 6 a 10 anos, a trabalhar em serviço de internamento do Hospital Magalhães Lemos. Os participantes apresentam características variadas, tendo todos eles experiências com doentes com POC.

A análise categorial consiste num processo de desmembramento do texto em unidades, em categorias, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos (Bardin, 2009). Assim, para cada dimensão, serão destacadas as várias categorias, criando-se uma lista com as respostas retiradas dos discursos dos participantes que estivessem relacionadas.

Quadro 1 – Representação esquemática dos resultados (Vivências dos Enfermeiros).

Dimensões	Categorias	Unidades e registo
Vivências dos Enfermeiros	Medos	<p>E1: “(...) especificamente nos doentes com perturbações obsessivas compulsivas, por norma não têm comportamentos dirigidos a nós, pelo menos eu nunca tive nenhum, são comportamentos que infligem neles próprios, portanto tive receio nos doentes em geral, mas nos obsessivo-compulsivos não.”</p> <p>E2: “Não.”</p> <p>E3: “Não e, ao contrário das histórias que ouvia, nunca presenciei nem nunca vivenciei nenhuma situação daquelas que ouvia.”</p>
	Marcos Importantes	<p>E1: “(...) lembro-me uma senhora que entrou, que só vestia a roupa que viesse de casa com um certo tipo de cores. Tivemos outra que a perturbação era a lavagem das mãos, foi a que me marcou mais, porque ela fazia ferida de tanto esfregar as mãos na água, (...) tínhamos de fechar as casas de banho todas para não andar a mexer.”</p> <p>E2: Foi um doente que apareceu com as mãos em carne viva completamente de tanto as lavar, era uma coisa fora do normal (...). Era agonizante, ver que uma pessoa não conseguia fazer nada, era algo muito obsessivo mesmo, muito complicado de lidar.”</p> <p>E3: “Tive uma menina que se pensava em casa que ela estaria com alterações do comportamento, porque começou a cair-lhe as sobrancelhas. Então foi internada no Hospital Magalhães Lemos e passado algum tempo descobrimos porquê que lhe caía as sobrancelhas, porque ela com o sistema nervoso durante a noite arrancava as sobrancelhas com a mão e era por isso que ela não tinha sobrancelhas.”</p>
	Crescimento Pessoal	<p>E1: “(...) todos contribuíram para o meu crescimento pessoal, pelo facto de não ter tido muitos, obrigou-me a quando tivesse um, ir buscar aquilo que já aprendi e quando tinha dúvidas ir falando com o resto da equipa ou com outros colegas que já tinham outras experiências para ir atuando bem.”</p> <p>E2: “Sim.”</p> <p>E3: “Sim, se eu conseguir nem que seja minimizar por algum momento o sofrimento deste doente acho que já foi uma mais-valia, um contributo. Em algum momento a minha presença, as minhas intervenções surtiram algum tipo de efeito.”</p>

Quadro 2 – Representação esquemática dos resultados (Papel do Enfermeiro).

Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades e registo
Papel do Enfermeiro	Intervenções	No Doente	<p>E1: “(...) muitas das vezes nós temos de vigiar a ação deles, porque é nesse contexto que eles vão demonstrar a sua perturbação.”; “É vigiar a ação do doente, no sentido de ele cumprir o que lhe é indicado, quer sejam as normas do internamento, quer seja o que está planeado. (...) será vigiado o comportamento do doente, (...) aplicar um indicador para indicar o nível de ansiedade, estimular a realização de algumas atividades para ele estar ocupado e não estar a ter esse tipo de comportamento, realizar a entrevista de avaliação e de reavaliação do processo de enfermagem para ver se estes comportamentos se tem mantido iguais (...)”</p> <p>E2: “Gestão do ambiente físico, gestão da comunicação, terapias de grupo, terapias de relaxamento e basicamente são essas as mais frequentes.”</p> <p>E3: “Vigiar comportamento obsessivo, gerir a comunicação, gerir o ambiente físico, gerir delírio.”</p>
		Na Família	<p>E1: “São muito poucas, é basicamente o momento das visitas, nesta fase quando estamos a fazer o envolvimento da família, tentar perceber há quanto tempo é que o comportamento começou, se em casa existe algum estímulo ou algo que potencie este comportamento (...). Mas nós não temos uma intervenção muito adequada ou específica para este tipo de patologia (...)”</p> <p>E2: “Promover o envolvimento da família, perceber se a família tem conhecimento acerca da patologia, perceber se a família está ou não receptiva a novos conhecimentos, perceber até que pontos os cuidadores estão cansados ou não, se estão abertos no fundo a intervir no tratamento em todo o contexto de tratamento do doente.”</p> <p>E3: “(...) fazer com que eles percebam e aceitem isto como uma doença, que eles tenham a perceção que o doente precisa do espaço dele e do tempo para ele (...)”</p>
	Preocupações		<p>E1: “Um dos cuidados é planear com eles o número de vezes que eles vão cumprir a terapêutica comportamental, (...) não cortar radicalmente, porque eu acho que na terapia comportamental, tem que se colocar a pessoa no estímulo, colocar a pessoa mediante a fobia, ou o que inicia esse comportamento e depois tem que se ir fazendo o desmame como se costuma dizer.”</p> <p>E2: “Perceber qual é o grau de ansiedade em que o doente se encontra.”</p> <p>E3: “(...) perceber o que vai dentro da mente das pessoas, para se queixarem de determinadas coisas que ninguém vê.”; “ter tempo para o doente e dar tempo ao doente para ele conseguir controlar aqueles comportamentos obsessivos (...) não tentar impor a nossa vontade, nem tentar no fundo “reprovar” os comportamentos (...)”</p>

	Relevância	<p>E1: “(...) Só o facto de me preocupar com eles ou conseguir ter cinco ou dez minutos para perceber porquê que eles fazem aquilo, eu acho que isso já é bom para eles (...) só os cinco minutos que lhes dou, para eles é muito importante e porque lhes estou a dar importância e alguma atenção (...)”</p> <p>E2: “(...)Se foi diagnosticado há pouco tempo, talvez o nosso trabalho seja mais produtivo e vamos ter melhores resultados, se o doente já é há muito tempo, o nosso trabalho será atenuar a doença, no fundo um papel mais curativo.”; “Sim, sem dúvida, são os enfermeiros que estão 24 sobre 24 horas com este tipo de perturbação obsessiva compulsiva. E portanto, acho que sim, que temos um papel extremamente relevante neste tipo de perturbações mentais.”</p> <p>E3: “Sim, eventualmente, mas não acho que tenha mais do que a família, acho que a família é a presença mais importante na vida destes doentes, porque é na vida do dia-a-dia no ambiente familiar que estes comportamentos terão mais impacto, porque as famílias sentem-se cansadas, frustradas, mais agitadas, mais inquietas.”</p>
--	------------	---

Quadro 3 – Representação esquemática dos resultados (Prática do Exercício Profissional).

Dimensões	Categorias	Unidades e registo
Prática do Exercício Profissional	Sentimentos	<p>E1: “(...) se planeias alguma coisa e consegues que ele cumpra, tens um sentimento muito bom, um sentimento de sucesso. Mas isto é muito complicado porque eles não fazem o que planeamos em dois ou três dias, tanto que às vezes até fico um bocadinho frustrada porque não atinjo logo o objetivo que gostaria (...)”</p> <p>E2: “(...) Às vezes é um bocado frustrante, quando não conseguimos que seja curativo ou atenuante, mas consegue-se sempre algo, há sempre uma evolução, pelo menos diminuição da angústia e ansiedade.”</p> <p>E3: “Às vezes de satisfação quando se consegue fazer algo em que o doente melhore com aquelas intervenções e de frustração quando tentamos, tentamos, tentamos e não conseguimos.”</p>
	Dificuldades	<p>E1: “(...) não conseguimos estar permanentemente com aquele doente para conseguir vigia-lo porque então não consegues cumprir com o plano (...) são doentes que precisam de um acompanhamento muito personalizado, muito assertivo e com muita regra, que num internamento de psiquiatria com 25 doentes não conseguimos dar esse acompanhamento, porque eles precisam de muito tempo disponível para eles.”</p> <p>E2: “O tipo de obsessão que o doente tem, para poder intervir é a grande dificuldade, depende da perturbação obsessiva que o doente tem.”</p> <p>E3: “É difícil gerir porque às vezes os outros doentes não entendem, (...) por isso vão pressioná-lo, mas nós também temos de o pressionar para ele não ir tantas vezes. Daí as vezes gerir tudo isto torna-se numa situação complicada.”</p>

Como se pode ver nos quadros anteriores, para o primeiro tema - Vivências dos Enfermeiros - foram identificadas as categorias “Medos”, “Marcos importantes” e “Crescimento Pessoal”. Relativamente ao segundo tema – Papel do Enfermeiro – estabeleceram-se as categorias “Intervenções” (com os subtemas Doente e Família), “Preocupações” e “Relevância”. Por último, no tema – Prática do Exercício Profissional – identificaram-se as categorias “Sentimentos” e “Dificuldades”.

3.2 – Análise e discussão de resultados

- **Dimensão1 – Vivências dos Enfermeiros:**

Relativamente às Vivências dos Enfermeiros, Fernandes (2011) refere que “os enfermeiros, como qualquer outro ser humano, experienciam sentimentos de medo a vários níveis”. Contrariamente a Fernandes (2011) e ao que ouviam falar antes de iniciarem a atividade profissional, os enfermeiros dizem que não têm nem sentem quaisquer medos ou receios em relação aos doentes com perturbação obsessivo-compulsiva. Na E1, a enfermeira refere ainda que “especificamente nos doentes com perturbações obsessivas compulsivas, por norma não têm comportamentos dirigidos a nós”. Por não apresentarem qualquer tipo de comportamento agressivo para com os enfermeiros, estes não sentem medos nem receios dos seus comportamentos.

Segundo Fernandes (1976, p.1355), vivência é uma “experiência subjetiva dada imediatamente à consciência pessoal do indivíduo e sentida anteriormente como do próprio – sentir, perceber, ser afetado, pensar, desejar, querer, valorar”. Também Viesenteiner (2013) diz que “o que é vivenciado deve ter uma intensidade de tal modo significativa, cujo resultado confere uma importância que transforma por completo o contexto geral da existência”.

Partindo do pressuposto que um marco é um acontecimento, uma vivência importante, os enfermeiros relatam alguns dos seus marcos importantes perante um doente com POC no qual um deles coincide com a maioria dos enfermeiros entrevistados.

Entende-se perante os resultados que a perturbação obsessivo-compulsiva de lavar as mãos é entendida como uma vivência mais marcante na vida destes enfermeiros. Na E1, a enfermeira refere “tivemos outra que a perturbação era a lavagem das mãos, foi a que me marcou mais, porque ela fazia ferida de tanto esfregar as mãos na água, (...) tínhamos de fechar as casas de banho todas para não andar a mexer.”. O simples facto de presenciar este tipo de comportamentos em doentes com POC confere nos enfermeiros também uma sensação de incapacidade, tal como refere na E2, “foi um doente que apareceu com as mãos em carne viva completamente de tanto as lavar, era uma coisa fora do normal (...). Era agonizante, ver que uma pessoa não conseguia fazer nada, era algo muito obsessivo mesmo, muito complicado de lidar.”

Durante a vida de qualquer pessoa ou profissional, existe um processo evolutivo ao que chamamos de Crescimento Pessoal. Claudino, (2015) refere que “Quem somos, o que sentimos e como agimos afeta a nossa relação com o mundo, com quem convivemos diariamente, seja na esfera pessoal como na profissional. Estamos em permanente processo de crescimento pessoal, ainda que nem sempre sejamos conscientes disso. Associado ao conceito de crescimento pessoal, surge a ideia de um processo de evolução, de capacidade para melhorar de forma mais consciente e íntegra. Neste sentido e relativamente aos doentes com POC, todos os enfermeiros entrevistados afirmam que crescem a nível pessoal tal como refere na E1: “(...) todos contribuíram para o meu crescimento pessoal, pelo facto de não ter tido muitos, obrigou-me a quando tivesse um, ir buscar aquilo que já aprendi e quando tinha dúvidas ir falando com o resto da equipa ou com outros colegas que já tinham outras experiências para ir atuando bem.” e na E2: “Sim, se eu conseguir nem que seja minimizar por algum momento o sofrimento deste doente acho que já foi uma mais-valia, um contributo. Em algum momento a minha presença, as minhas intervenções surtiram algum tipo de efeito.”

- **Dimensão 2 – Papel do Enfermeiro:**

Para Bulechek e McCloskey (1985), intervenção de enfermagem trata-se de uma ação autónoma do enfermeiro, baseada em regras científicas, que são executadas para beneficiar o cliente, seguindo o caminho predito pelo diagnóstico de enfermagem com o estabelecimento de metas a serem alcançadas. Para as autoras, intervenções constituem-

se em tratamentos para os diagnósticos de enfermagem. Perante as suas palavras, os enfermeiros têm um papel muito importante no cuidar. Assim, nos doentes com POC, as intervenções de enfermagem estão na base desses cuidados. Os enfermeiros entrevistados afirmam praticar diversas intervenções, no entanto, nem todos partilham da mesma opinião. Segundo a enfermeira da E1, as intervenções de enfermagem no doente com POC são “vigiar a ação do doente, no sentido de ele cumprir o que lhe é indicado, quer sejam as normas do internamento, quer seja o que está planeado. (...) será vigiado o comportamento do doente, (...) aplicar um indicador para indicar o nível de ansiedade, estimular a realização de algumas atividades para ele estar ocupado e não estar a ter esse tipo de comportamento, realizar a entrevista de avaliação e de reavaliação do processo de enfermagem para ver se estes comportamentos se têm mantido iguais (...)”. Já a enfermeira da E2 diz que as intervenções são “Gestão do ambiente físico, gestão da comunicação, terapias de grupo, terapias de relaxamento e basicamente são essas as mais frequentes.” e a enfermeira E3 afirma que são “Vigiar comportamento obsessivo, gerir a comunicação, gerir o ambiente físico, gerir delírio.”

Nas intervenções de enfermagem direcionadas para a família, é mais complicado intervir, pois, como referem nas entrevistas realizadas, a enfermeira da E1 diz que “São muito poucas, é basicamente o momento das visitas, (...) nesta fase quando estamos a fazer o envolvimento da família, (...) Mas nós não temos uma intervenção muito adequada ou específica para este tipo patologia (...)”. Igualmente na E2 a enfermeira refere que tem de “Promover o envolvimento da família, perceber se a família tem conhecimento acerca da patologia”, e, à semelhança das duas anteriores, na E3 a enfermeira refere que tem de “(...) fazer com que eles percebam e aceitem isto como uma doença, que eles tenham a perceção que o doente precisa do espaço dele e do tempo para ele (...)”. Portanto, no que respeita às intervenções de enfermagem na família, os entrevistados partilham da mesma opinião.

Para cuidar de doentes com POC são necessárias algumas preocupações por parte dos enfermeiros. A enfermeira da E1 diz que “Um dos cuidados é planejar com eles o número de vezes que eles vão cumprir a terapêutica comportamental, (...) não cortar radicalmente, porque eu acho que na terapia comportamental, tem que se colocar a pessoa no estímulo, colocar a pessoa mediante a fobia, ou o que inicia esse

comportamento e depois tem que se ir fazendo o desmame como se costuma dizer.”. A enfermeira da E2 acha que as preocupações baseiam-se em “Perceber qual é o grau de ansiedade em que o doente se encontra.” e a enfermeira da E3 refere que “(...) perceber o que vai dentro da mente das pessoas, para se queixarem de determinadas coisas que ninguém vê.” e “ter tempo para o doente e dar tempo ao doente para ele conseguir controlar aqueles comportamentos obsessivos (...) não tentar impor a nossa vontade, nem tentar no fundo “reprovar” os comportamentos (...)”

Resumidamente, as preocupações das enfermeiras entrevistadas são teoricamente diferentes, no entanto, baseiam-se todas nos cuidados aos doentes com POC.

O papel do enfermeiro no cuidar de doentes com POC é extremamente importante, no entanto quanto à sua relevância, nas entrevistas realizadas temos opiniões ligeiramente diferentes. Há enfermeiros que defendem que o seu papel é importante porque são eles que passam a maior parte do tempo com eles e que alguns de minutos de atenção já contribuem para a satisfação de um doente com POC tal como refere na E1: “(...) Só o facto de me preocupar com eles ou conseguir ter cinco ou dez minutos para perceber porquê que eles fazem aquilo, eu acho que isso já é bom para eles (...) para eles é muito importante, porque lhes estou a dar importância e alguma atenção (...)”. Assim como na E2, a enfermeira refere que: “Sim, sem dúvida, são os enfermeiros que estão 24 sobre 24 horas com este tipo de perturbação obsessiva compulsiva. E portanto, acho que sim, que temos um papel extremamente relevante neste tipo de perturbações mentais.” No entanto, há enfermeiros que defendem que sim, que um enfermeiro tem sempre um papel fundamental nos cuidados de doentes com POC, mas que a família terá um papel ainda mais relevante em comparação ao papel do enfermeiro, tal como refere a enfermeira na E3: “Sim, eventualmente, mas não acho que tenha mais do que a família, acho que a família é a presença mais importante na vida destes doentes, porque é na vida do dia-a-dia no ambiente familiar que estes comportamentos terão mais impacto, porque as famílias sentem-se cansadas, frustradas, mais agitadas, mais inquietas.” Também há quem defenda que o papel do enfermeiro quanto à sua relevância pode ser determinado através de resultados obtidos por parte dos doentes tal como refere na E2: “(...) Se foi diagnosticado há pouco tempo, talvez o nosso trabalho seja mais produtivo

e vamos ter melhores resultados, se o doente já é há muito tempo, o nosso trabalho será atenuar a doença, no fundo um papel mais curativo.”.

- **Dimensão 3 – Prática do Exercício Profissional:**

O ser humano é dotado em sua essência de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. E o “ser enfermeiro” sente-se ainda mais desafiado, porque é ele que estará no papel de cuidador da pessoa que sofre. O ato de cuidar do outro envolve atenção, responsabilidade, respeito, limite e até mesmo o medo; é a compreensão do outro em sua totalidade. Mas antes de cuidar do paciente, os enfermeiros necessitam de se compreender a si próprios, assim como as suas necessidades. Para Silva (2000) “cuidar é, na verdade, espargir amor, esbanjar carinho e felicidade a quem precisa”. No cuidar de um doente com POC, as enfermeiras entrevistadas assumem alcançar diferentes tipos de sentimentos em detrimento das suas intervenções. Quando as suas intervenções têm um processo evolutivo do doente, as mesmas acusam sentimentos de sucesso. Na eventualidade das suas intervenções não atingirem os resultados esperados, referem sentirem-se frustradas, tal como refere a enfermeira da E1: “(...) se planeias alguma coisa e consegues que ele cumpra, tens um sentimento muito bom, um sentimento de sucesso. Mas isto é muito complicado porque eles não fazem o que planeamos em dois ou três dias, tanto que às vezes até fico um bocadinho frustrada, porque não atinjo logo o objetivo que gostaria (...)” igualmente a enfermeira da E2 diz que “(...) Às vezes é um bocado frustrante, quando não conseguimos que seja curativo ou atenuante, mas consegue-se sempre algo, há sempre uma evolução, pelo menos diminuição da angústia e ansiedade.” À semelhança das anteriores, a enfermeira da E3 diz que tem sentimentos “de satisfação quando se consegue fazer algo em que o doente melhore com aquelas intervenções e de frustração quando tentamos, tentamos, tentamos e não conseguimos.”

Os enfermeiros no seu dia-a-dia como profissionais deparam-se com inúmeras dificuldades que podem atingir diversas dimensões como questões físicas, burocráticas, relacionais entre outras. No cuidar de doentes com POC, há enfermeiros que afirmam que em serviços de psiquiatria com muitos doentes e poucos enfermeiros, que se torna difícil dar o acompanhamento esperado a todos os doentes, pois então seria impossível

cumprir com o plano estipulado para aquele turno, tal como refere a enfermeira da E1: “(...) não conseguimos estar permanentemente com aquele doente para conseguir vigiá-lo porque então não consegues cumprir com o plano (...) são doentes que precisam de um acompanhamento muito personalizado, muito assertivo e com muita regra, que num internamento de psiquiatria com 25 doentes, não conseguimos dar esse acompanhamento, porque eles precisam de muito tempo disponível para eles.” Já outros enfermeiros referem que as dificuldades dependem da doença que o doente tem, tal como refere a enfermeira da E2: “O tipo de obsessão que o doente tem, para poder intervir, é a grande dificuldade, depende da perturbação obsessiva.” Já a enfermeira da E3 diz que “É difícil gerir porque às vezes os outros doentes não entendem, (...) por isso vão pressioná-lo, mas nós também temos de o pressionar para ele não ir tantas vezes. Daí às vezes gerir tudo isto torna-se numa situação complicada.”

IV. – Conclusão

Chegando ao epílogo da presente investigação, são apresentadas algumas reflexões finais acerca da mesma, no que às questões de investigação, objetivos propostos e resultados obtidos dizem respeito.

O presente projeto de investigação permitiu estudar e refletir sobre as Vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com Perturbações Obsessivo-compulsivas e perceber de que forma os enfermeiros a vivem e de que modo a vida pessoal e profissional dos mesmos é afetada.

Respondendo à primeira questão, “Quais são as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas?”, os resultados deste estudo de investigação evidenciam que os enfermeiros que cuidam de doentes com POC não apresentam quaisquer tipos de medos. Os enfermeiros afirmam que este tipo de doente não apresenta comportamentos agressivos nem dirigidos aos profissionais de saúde e como tal não existe motivo para recear. As vivências dos enfermeiros passam pela visualização de alguns comportamentos destes doentes, aos quais os enfermeiros tiveram a oportunidade de se defrontar, desde o início da sua atividade profissional, nomeadamente, a perturbação da lavagem das mãos, que, segundo os enfermeiros, é a perturbação mais vivenciada e mais marcante num doente com estas características. No entanto, estas vivências contribuem também para um crescimento pessoal dos enfermeiros com todas as experiências que acumulam de cada vez que estão com um doente com POC, ou já sabem como lidar com eles ou sentem-se obrigados a ter de estudar mais sobre aquele tipo de doentes. Consequentemente, assumem que isso os faz crescer não só a nível pessoal, mas também como profissional, pois passam a ter mais conhecimento teórico sobre a patologia e maior capacidade de cuidar de doentes com POC.

Passando agora para a segunda questão, “Que tipo de sentimentos o enfermeiro sente ao trabalhar com estes doentes?”, os enfermeiros ao cuidarem de doentes com POC, expressam algumas emoções positivas e negativas consoante o resultado obtido na sua intervenção. No caso de a sua intervenção obter um resultado positivo, os enfermeiros

afirmam sentirem-se bem com sentimentos de sucesso. Na eventualidade de a sua intervenção obter um resultado negativo, os enfermeiros assumem sentirem-se frustrados e com sentimentos de insucesso.

Quanto à terceira questão, “Qual o papel do enfermeiro na vida destes doentes?”, com base neste estudo conclui-se que o enfermeiro tem um papel muito importante no cuidar. Embora os enfermeiros tenham opiniões diferentes quanto às suas intervenções de enfermagem, quase todas se baseiam no vigiar a ação do doente, gerir o espaço físico, tentar perceber a origem da perturbação e gerir terapêutica. Para além do doente o enfermeiro também tem um papel importante perante a família, no entanto, é na família que se torna mais complicado intervir, porque só se está com a família no momento das visitas. É necessário promover o envolvimento da família, perceber se a família tem conhecimento acerca da patologia e fazer com que eles percebam e aceitem isto como uma doença, pois seria importante na vida destes doentes. Mas nestas intervenções de enfermagem dirigidas para a família, os enfermeiros afirmam não ter ainda uma intervenção muito adequada ou específica para doentes com POC. Para cuidar de doentes com POC são necessárias algumas preocupações por parte dos enfermeiros, tal como perceber o que vai dentro da mente das pessoas, para se queixarem de determinadas coisas que ninguém vê, e só a equipa de enfermagem têm capacidade de fazer essa avaliação pois são eles que estão 24 sobre 24 horas com os doentes.

Finalmente, no que se refere à questão “Quais as maiores dificuldades na prestação de cuidados nestes doentes?”, doentes com POC são doentes que precisam de muita atenção por parte dos enfermeiros e para isso os enfermeiros precisariam de despende de muito tempo para cada um. Como um serviço de internamento de psiquiatria poderá ter cerca de 25 doentes, torna-se difícil dar toda a atenção só ao doente com POC, quando se tem muitos outros doentes ao cuidado. Para além disso, os outros doentes acabam por não perceber o problema de um doente com POC e por isso vão pressioná-lo e torna-se complicado gerir isso.

Com a conclusão deste projeto de investigação, fica um sentimento de enriquecimento pessoal e intelectual, bem como a satisfação de alcançar um objetivo como o desejo de

que o trabalho possa ser útil e impulsionador para a realização de estudos de investigação sobre o desenvolvimento desta temática ou outras consideradas de interesse para a profissão.

V. – Bibliografia

Amado, J. – A técnica de análise de conteúdo. Referência, nº 5 (Nov. 2000), p.53-63;

Arantes, E. C.; Fukuda, I. M.; Stefanelli, M. C. (2008). Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais. (1a Edicao). Sao Paulo: Editora Manole

Bardin, L. (1988). Análise de Conteúdos. Lisboa: Edições 70.

Bebbington PE. (1998). Epidemiology of Obsessive-compulsive disorder. Brit J: Psychiatry Sppl. 173(35):2-6.

Bogdan, R.; Biklen, S. - Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 2010. ISBN: 978-972-0-34112-9;

Bulechek, GM; McCloskey, JC. (1985). Nursing interventions: treatments for nursing diagnoses. Philadelphia: Saunders.

Claudino, P. (2015) – Grupo de Crescimento e Desenvolvimento Pessoal. Suíça: ISPA, Barcelona E European Graduate School. [Em Linha]. Disponível em: http://www.psimar.com/js/plugins/filemanager/files/Grupo_de_crescimento_e_desenvolvimento_pessoal.pdf visualizado em 20 de Maio de 2015.

Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members [Journal Article]. American Journal of Orthopsychiatry: Vol 66, 296-304.

Driessnack, M.; Sousa, V.; Mendes, I. – Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part. 2: desenhos de pesquisa qualitativa. Rev. Latino-am enfermagem. Vol 15, nº4 (Julho-Agosto 2007), disponível em: [www:<url:http://www.eerp.usp.br/rlae;](http://www.eerp.usp.br/rlae)

Fernandes. (1976). Enciclopédia Luso Brasileira de Cultura. vol. 18. p.1355

Fernandes, Isabel Maria Ribeiro. (2011). Os medos dos enfermeiros em situação de doença própria. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(3), 57-65. Recuperado em 04 de junho de 2015, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000100006&lng=es&tlng=pt .

Freitas e Martins. (1992). *Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia* no4, p.1090. (1ªEdicao). Sao Paulo: Verbo.

Fortin, M (2003). *O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda..

Harrison, P.; Geddes, J. e Sharpe M. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi – Sociedade Médico-Psicológica, Lda.

Hudzinski, E. C., Gonçalves, J. S. & Thá, F. (2009) O Transtorno obsessivo-compulsivo e a vida cotidiana de seus portadores. *PsicoDom*. 4, 42 – 54

Macedo A. e Pocinho F.. (2007). *Obsessões e Compulsões: As múltiplas fases de uma doença*. 2ª Edição. Coimbra – Quarteto Editora.

Meleis, A. [et al.] – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº 1 (Sept. 2000), p. 12-28;

Morse, J. M. – *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-89-4;

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. (1ª Edicao). Loures: Lusociencia.

Niederauer, K, Braga, D, De Souza, F, Meyer, E, & Cordioli. (2007). *Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura*.

(Portuguese), Revista Brasileira De Psiquiatria, 29, 3, pp. 271-278, Academic Search Complete, EBSCOhost, viewed 1 april 2015.

Pacheco, S., (2002). Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva Ética. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda..

Pires, C. (2003). Manual de Psicopatologia: Uma Abordagem Biopsicossocial. Leiria: Editorial Diferença.

Pollit J. (1957). Natural history of obsessional states. Brit. Med. J.; 26: 194-198

Polit; Hungler – Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª Ed. México: McGraw-Hill, 2000. ISBN 970-10-2690-X;

Pope, C.; Mays, N. – Pesquisa Qualitativa: na atenção à saúde. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005. ISBN 85 – 363 – 0455 – 3;

Quivy, R.; Campenhoudt, L. – Manual de Investigação em Ciências Sociais. 5º Ed. Lisboa: Gradiva Publicações SA., 2008. ISBN 978-972-662-275-8

Rachman S., Hodson R. (1980): Obsessions, and compulsions. Englewood Cliffs. New York: Prentice-Hall

San-Bento, C. (2014). Perturbação Obsessivo-Compulsivo: Revisão Bibliográfica [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Silva, M. J. P. da. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Editora Gente, 2000.

Strauss, A.; Corbin, J. – Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85 363-1043-5;

Streubert, H.; Carpenter, D. – Investigação Qualitativa em Enfermagem. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-29-0;

Stuart, G. W., Laraia, M. T. (2002). Enfermagem Psiquiátrica. (4ª Edicao). Rio de Janeiro: Reichmann & Affoso Editores.

Taylor, C. (1992). Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. (13ª Edicao). Porto Alegre: Artes Medicas.

Torresan, R, Ramos-Cerqueira, A, Shavitt, R, do Rosário, M, de Mathis, M, Miguel, E, & Torres, (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 209, 2, pp. 186-195, Academic Search Complete, EBSCOhost, viewed 1 May 2015.

Viesenteiner, Jorge Luiz. (2013). O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. *Kriterion: Revista de Filosofia*, 54(127), 141-155. Retrieved June 09, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100512X2013000100008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0100-512X2013000100008.

ANEXOS

(Anexo I)

Guião para a entrevista

(Vivências dos Enfermeiros que Cuidam de Doentes com Perturbações Obsessivas Compulsivas)

- 1- Idade?
- 2- Género?
- 3- Tempo de exercício profissional?
- 4- Enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica?
- 5- Quais as razões que o levaram a seguir a área da Saúde Mental e Psiquiátrica?
- 6- Quando começou a trabalhar, inicialmente, tinha alguns receios ou medos do comportamento destes doentes? Quais?
- 7- Quais os tipos de diagnósticos de enfermagem mais frequentes neste tipo de doentes?
- 8- Quais as intervenções de enfermagem mais utilizadas num doente com esta patologia?
- 9- Quais são as preocupações que têm antes de realizar os cuidados?
- 10- Quais são as maiores dificuldades na prestação de cuidados a estes doentes?
- 11- Que tipo de intervenções de enfermagem tem com a família destes utentes?

12- A nível social considera que o doente com Perturbações Obsessivas Compulsivas é estigmatizado? Se sim, isso trás dificuldades?

13- Sente que esta área contribui para o seu crescimento pessoal?

14- O que sente ao trabalhar com estes doentes? Que tipo de sentimentos tem ao trabalhar com estes doentes?

15- Sente que tem um papel relevante na vida destes doentes?

Qual das vivências foi a mais marcante para si no cuidar do doente com Perturbações Obsessivas Compulsivas? Porquê?

(Anexo II)

Termo de Consentimento Informado

Tema do estudo de Investigação

• “Vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com Perturbações Obsessivo-compulsivas”

Objetivos

- Conhecer as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas.
- Analisar as vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas.

Metodologia

A colheita de dados será efetuada através da entrevista semiestruturada, áudio-gravada.

Eu, _____

declaro que fui informado/a do objetivo e metodologia da pesquisa intitulada:

Vivências dos Enfermeiros como Cuidadores de Doentes com Perturbações Obsessivo compulsivas.

Eu estou consciente de que nenhum momento serei exposto a danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais, em virtude da minha participação nesta pesquisa, e que poderei em qualquer momento recusar, continuar ou ser informado/a acerca da mesma, sem nenhum juízo para a minha pessoa.

Eu sei que os dados da entrevista semi-estruturada, por mim respondidos serão usados apenas para fins científicos e destruídos pelo investigador após o estudo. Eu poderei ser contactado/a novamente para validação dos dados por mim fornecidos e/ou renegociar o consentimento informado. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo sempre o anonimato. A minha privacidade será salvaguardada. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar.

Do que foi anteriormente mencionado, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Participante: _____

Investigadores: _____ Data: __/__/__