

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

**ANANDA UGHINI BERTOLDO PIRES**

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

**Porto Alegre  
2017**

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

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, como requisito para a titulação de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora: Profa Dra Elizeth Heldt**

**Porto Alegre**

**2017**

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe Eunice, por me fazer quem sou hoje e ser exemplo da mulher guerreira que é.

Ao meu namorado Iago, por todo o amor, parceria, força e paciência principalmente nos momentos mais difíceis.

À minha amiga Catarina de tantos anos, pelo conselho de cursar Enfermagem e por toda a amizade e carinho.

À minha orientadora Elizeth, por me guiar e me acolher carinhosamente nesse caminho da saúde mental com tanta sabedoria e paciência.

À professora Fátima, por me colocar no caminho da pesquisa desde 2014, por todos os ótimos ensinamentos e aprendizados que levarei para toda vida, e por sempre me incentivar e acreditar em mim.

À enfermeira Andressa por todo o apoio, parceria e colaboração durante a realização deste estudo, além do exemplo de excelente profissional que é.

Às enfermeiras Celina e Vanessa, pelo acolhimento, apoio, carinho e ensinamentos durante o estágio curricular, e por fazerem parte do meu crescimento profissional e pessoal.

## RESUMO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de pensamentos intrusivos (obsessões) e realização de rituais (compulsões), causando sofrimento e impacto negativo na qualidade de vida do paciente. Entre as modalidades de tratamento do TOC com evidência de eficácia consta a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) que no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é coordenada por enfermeira. A indicação da terapia é realizada durante a consulta de enfermagem ambulatorial que utiliza as etapas do Processo de Enfermagem (PE): diagnóstico de enfermagem (DE), com a utilização a taxonomia NANDA-International (NANDA-I); intervenções de enfermagem, com a utilização da *Nursing Interventions Classification* (NIC). Entretanto, a etapa de avaliação de resultados realizada por meio da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) ainda não foi implementada. O objetivo geral do estudo foi analisar a aplicação de resultados e indicadores de enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) na avaliação de pacientes com TOC. Os objetivos específicos foram de construir as definições conceituais e operacionais para os indicadores dos resultados NOC selecionados e avaliar a evolução clínica de pacientes com TOC por meio dos resultados NOC, antes e após o término de um grupo piloto de TCCG. Trata-se de um estudo de método misto, desenvolvido em duas etapas: a primeira compreendeu uma pesquisa metodológica e a segunda uma pesquisa de resultados. Na primeira etapa do estudo ocorreu o consenso de especialistas para a seleção de resultados e indicadores de enfermagem NOC, na qual participaram duas especialistas em enfermagem em saúde mental e duas em PE. Posteriormente, foi realizada revisão da literatura para a elaboração das definições conceituais e operacionais dos indicadores selecionados. A segunda etapa do estudo foi para a aplicação do instrumento elaborado para avaliação de um grupo piloto de pacientes com diagnóstico de TOC antes do início, na metade e no final da TCCG. Para comparar os escores dos indicadores da NOC obtidos utilizou-se a *Generalized Estimating Equations* (GEE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CAEE 5540191600005327). Após o consenso da primeira etapa, foram elencados quatro resultados de enfermagem NOC: Autocontrole da ansiedade (1402), Nível de medo (1210), Nível de ansiedade (1211) e Controle pessoal do tempo (1635). Também foram finalizadas as definições e a magnitude operacional de 17 indicadores. Na segunda etapa do estudo, o grupo piloto contou com a participação de seis pacientes. Observou-se que houve modificação significativa dos escores dos resultados NOC após a TCCG: um indicador referente ao Autocontrole da ansiedade (1402), dois indicadores relacionado ao Nível de ansiedade (1211) e Controle pessoal do tempo (1635); e quatro indicadores do resultado Nível de medo (1210). Portanto, o consenso das especialistas permitiu selecionar os resultados mais adequados para a avaliação de pacientes com TOC, sendo que todos os resultados selecionados tiveram alterações significativas em pelo menos um indicador. O presente estudo apontou para a viabilidade de avaliação da evolução dos sintomas de pacientes com TOC por meio de um sistema de avaliação de resultados NOC em cenário ambulatorial.

Palavras-chaves: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde).

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>10</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1 Transtorno obsessivo-compulsivo</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2 Terapia cognitivo-comportamental</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Consulta de enfermagem em saúde mental</b> .....	<b>14</b>
<b>3.4 Sistemas de linguagem padrão</b> .....	<b>16</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Local de estudo</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2 População e amostra</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3 Coleta de dados</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3.1 Primeira etapa: seleção de resultados e indicadores de enfermagem da NOC</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3.2 Segunda etapa: avaliação clínica dos pacientes por meio dos resultados NOC</b> .....	<b>20</b>
<b>4.4 Intervenção</b> .....	<b>21</b>
<b>4.5 Análise dos dados</b> .....	<b>21</b>
<b>4.6 Aspectos éticos</b> .....	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>5.1 Diagnósticos de enfermagem elencados para pacientes com TOC</b> .....	<b>23</b>
<b>5.2 Resultados de enfermagem NOC e de indicadores selecionados por consenso entre especialistas para avaliação de pacientes com TOC</b> .....	<b>26</b>
<b>5.3 Definições conceituais e operacionais elaboradas para os indicadores de seus respectivos resultados de enfermagem NOC</b> .....	<b>27</b>
<b>5.4 Grupo piloto: características e resultados NOC</b> .....	<b>31</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>6.1 Seleção dos Diagnósticos de Enfermagem</b> .....	<b>34</b>
<b>6.2 Etapa de consenso de especialistas</b> .....	<b>35</b>

<b>6.3 Definições conceituais e operacionais dos indicadores selecionados .....</b>	<b>36</b>
<b>6.4 Avaliação do resultado do grupo piloto .....</b>	<b>37</b>
<b>6.5 Limitações do estudo .....</b>	<b>39</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE A - Instrumento de consenso dos resultados de enfermagem NOC: etapa 1 ....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE B - Instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem NOC: etapa 2 ....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados dos pacientes .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: etapa 1 .....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: etapa 2 .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO A - Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS) .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO B - Inventário de Obsessões e Compulsões Revisado (OCI-R) .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO C – Sessões de TCCG para TOC .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO D - Carta de aprovação do CEP do HCPA .....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno mental caracterizado pela resposta desadaptada das funções psíquicas pensamento e conduta concomitantemente, gerando a combinação entre a obsessão e a compulsão. A obsessão é descrita como a alteração do conteúdo do pensamento, levando o paciente a ter pensamentos/impulsos/imagens de forma involuntária e persistente, geralmente de conteúdo impróprio ou inadequado. A compulsão é uma resposta desadaptada da conação, na qual o paciente realiza ações impulsivas e/ou automáticas a fim de proporcionar o alívio momentâneo da ansiedade gerada pelas obsessões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CORDIOLI, 2014).

O TOC apresenta um curso crônico e afeta de 1,6% a 3,1% da população em algum momento da vida, sendo considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum e está entre as 10 maiores causas de incapacitação (NIEDERAUER et al., 2007; RAFFIN et al., 2008). Os sintomas do TOC causam um impacto negativo na qualidade de vida de seus portadores, por ocuparem grande parte de seu dia e afetar as relações familiares, o convívio social e o meio de trabalho, podendo levar ao sofrimento e isolamento social (NIEDERAUER et al., 2007; RAFFIN et al., 2008; BEHENCK, 2015).

Atualmente, existem evidências de três tratamentos eficazes para o TOC, sendo eles: a terapia de prevenção e exposição de respostas (EPR), a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e os psicofármacos (CORDIOLI, 2008; RAFFIN et al., 2008). A EPR constitui-se da exposição dos pacientes com TOC aos estímulos causadores de ansiedade, seguida da prevenção de realização dos rituais compulsivos, resultando na diminuição da necessidade de execução desses rituais em decorrência das repetições dos exercícios de exposição (CORDIOLI, 2008; BEHENCK, 2015). A TCC caracteriza-se pela junção das técnicas comportamentais da EPR com técnicas cognitivas, que estimulam o paciente a questionar-se sobre a veracidade de suas crenças e medos que geram a ansiedade e conseqüentemente os rituais compulsivos, incentivando a procura por novas alternativas que se aproximem à realidade (CORDIOLI, 2008; RAFFIN et al., 2008; BEHENCK, 2015). A terapia farmacológica geralmente é indicada em casos de sintomas do TOC graves, incapacitantes ou quando o paciente não apresenta juízo crítico dos sintomas, podendo ser associada à TCC em casos de sintomatologia leve ou moderada (CORDIOLI, 2008; RAFFIN et al., 2008).

A TCC para o TOC pode ser realizada em formato de grupo (TCCG), com evidência

de eficácia por reduzir a intensidade dos sintomas (CORDIOLI et al., 2003), além de seus efeitos persistirem por um tempo prolongado quando em comparação com outros métodos de tratamento, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (BRAGA et al., 2005). A TCCG apresenta uma relação custo/benefício mais favorável do que a terapia individual e oferece aos pacientes a oportunidade de compartilhar experiências e informações com outras pessoas que possuem o mesmo diagnóstico, aumentando a adesão ao tratamento e reduzindo a sensação de isolamento e vergonha, que geralmente as acompanham (CORDIOLI, 2008; CORDIOLI, 2014; BEHENCK; GOMES; HELDT, 2016).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) o tratamento do TOC é realizado por meio da TCCG, que é coordenado por uma enfermeira do Programa de Saúde Mental do Serviço de Enfermagem Ambulatorial (SEAMB) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016). Previamente à TCCG, o paciente é avaliado individualmente na consulta de enfermagem ambulatorial por meio do Exame do Estado Mental (EEM) com o objetivo de definir a indicação para a TCCG. A consulta de enfermagem é baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e estruturada de acordo com as etapas do Processo de Enfermagem (PE), de forma a buscar a resolução das necessidades dos pacientes em consonância com um espaço de envolvimento entre saúde e bem-estar, promovendo vínculos que facilitam a mudança de comportamentos e estilo de vida (FRANZEN et al., 2012; HELDT, 2012; BRASIL, 2014).

Atualmente, o PE no HCPA é informatizado, sendo as suas etapas de diagnóstico e intervenções de enfermagem embasadas nas taxonomias *NANDA-International* (NANDA-I) e na *Nursing Interventions Classification* (NIC), respectivamente (BULECHEK et al, 2016; HERDMAN; KAMITSURI, 2015; THOMÉ et al., 2014).

Os resultados obtidos a partir da intervenção de TCCG no HCPA são avaliados por meio de instrumentos para a identificação e evolução dos sintomas apresentados por pacientes com TOC, tais como a escala de *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) e a *Obsessive Compulsive Inventory Revised* (OCI-R) (SOUZA et al., 2011; CORDIOLI, 2014). Entretanto, há carência de um sistema de avaliação padronizado em enfermagem para avaliar a evolução clínica dos pacientes com TOC. Nesse sentido, como uma alternativa na avaliação dos resultados encontra-se a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), a qual possui uma lista de indicadores clínicos para cada resultado de enfermagem referente ao cuidado realizado com o paciente. Os indicadores podem ser selecionados pelo enfermeiro de acordo com a situação clínica, podendo ser mensurados continuamente através de uma escala *Likert* de cinco pontos, sendo "1" o pior escore possível e "5" o melhor resultado esperado. O intervalo



entre uma avaliação e outra é determinado pelo enfermeiro, entretanto duas vezes é o número mínimo de avaliações necessárias para poder comparar os resultados do estado inicial e final do paciente (ALMEIDA et al., 2011; MOORHEAD et al., 2016).

Neste contexto, a partir da necessidade de utilização de um sistema de avaliação de resultados do cuidado realizado por enfermeiros no atendimento ambulatorial e devido à escassez de estudos nesta área, surge a motivação deste estudo, a fim de aprimorar o conhecimento sobre a NOC na prática clínica de saúde mental no cenário ambulatorial. Pretende-se na presente pesquisa avaliar pacientes com TOC por meio de resultados e indicadores de enfermagem da NOC obtidos a partir da intervenção de TCCG em grupo piloto.

## **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 obsessivo-compulsivo (TOC).

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar os diagnósticos de enfermagem estabelecidos para pacientes com TOC em consulta de enfermagem ambulatorial antes do início da TCCG;
- Selecionar os resultados e indicadores de enfermagem NOC mais apropriados para avaliação de pacientes com TOC;
- Construir definições conceituais e operacionais para os indicadores dos resultados NOC selecionados para avaliação de pacientes com TOC;
- Avaliar a evolução clínica de pacientes com TOC por meio de indicadores de resultados da NOC antes e após o término de um grupo piloto de TCCG.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

Na revisão de literatura, visando conhecer melhor a temática, serão abordados mais detalhadamente os temas: transtorno obsessivo-compulsivo; terapia cognitivo-comportamental em grupo; consulta de enfermagem em saúde mental e os Sistemas de Linguagem Padrão (NANDA-I, NIC e NOC).

#### **3.1 Transtorno obsessivo-compulsivo**

O TOC era classificado anteriormente como um dos transtornos de ansiedade na quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Atualmente, na quinta versão (DSM-5), o TOC é classificado em um capítulo separado intitulado Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, o que permite maior precisão diagnóstica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O TOC apresenta um curso crônico, podendo ser considerado um transtorno mental grave quando os sintomas não são tratados, visto que tem início principalmente no fim da adolescência ou ainda na infância, e raramente após os 40 anos (CORDIOLI, 2008; RAFFIN et al., 2008; BEHENCK, 2015).

A etiologia do TOC ainda não é totalmente conhecida, porém existem hipóteses de que seja uma doença multifatorial, visto que os sintomas e o tratamento variam de um paciente para outro. As causas genéticas constituem fortes evidências como causas do TOC, uma vez que os indivíduos com incidências familiares são mais suscetíveis a desenvolverem a doença (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Entretanto, alguns estudos apontam para evidências biológicas, tais como a diminuição de sintomas após a utilização de medicamentos que aumentam os níveis de serotonina, comprovando alterações neuroquímicas cerebrais; a hiperatividade em determinadas regiões cerebrais em pacientes com TOC; e o aparecimento de sintomas após o início de doenças cerebrais (CORDIOLI, 2008). Outros estudos ainda descrevem fatores psicológicos como causadores do TOC, visto que aprendizagens errôneas, crenças distorcidas e pensamentos catastróficos estão presentes na maioria dos pacientes, sendo de grande importância para o surgimento e manutenção dos sintomas (CORDIOLI, 2014; BEHENCK, 2015).

Os sintomas caracterizam-se por obsessões e compulsões. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens que vem à mente de maneira repetida, insistente e indesejada, causando sentimentos desagradáveis, tais como medo, angústia, culpa,

desconforto, nojo ou desprazer. Os conteúdos das obsessões têm uma variabilidade muito ampla, porém existem dimensões de sintomas mais comuns, tais como obsessões por limpeza ou contaminação; obsessões de dúvidas; obsessões de conteúdo sexual impróprio, de conteúdo agressivo, de conteúdo religioso, de conteúdo supersticioso; obsessões por ordem, sequência, simetria, exatidão ou alinhamento; obsessões por acumulação; obsessões somáticas; obsessões de repetições e contagens (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CORDIOLI, 2014; BEHENCK, 2015).

As compulsões são comportamentos ou atos mentais que buscam suprir a ansiedade gerada em função das obsessões, levando o indivíduo a executá-los repetidas vezes. As compulsões geralmente são remetentes às obsessões, sendo as mais comuns as compulsões por lavagem ou limpeza; de verificações ou controle; de repetições ou confirmações; de contagens; de ordem, arranjo, simetria, sequência ou alinhamento; de acumulação e compulsões mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CORDIOLI, 2014; BEHENCK, 2015).

Dentre os critérios diagnósticos, encontra-se a especificação em relação ao *insight* apresentado, sendo dividido entre bom ou razoável, pobre ou ausente e crenças delirantes. Os pacientes com *insight* bom ou razoável têm consciência de que suas crenças relacionadas ao TOC podem não ser ou sabem que não são condizentes com a verdade. Os que possuem *insight* pobre acreditam que suas crenças são provavelmente verdadeiras, e os que possuem *insight* ausente ou crenças delirantes têm convicção de que suas crenças são totalmente verdadeiras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Por seus sintomas possuírem diferentes intensidades, podendo acontecer em diversas situações, aproximadamente 10% são sintomas incapacitantes, colocando o TOC entre as 10 maiores causas de incapacitação e gerando impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, principalmente nas relações sociais e familiares, assim como no desempenho ocupacional (NIEDERAUER et al., 2007).

Estudos apontam como tratamentos de primeira linha a terapia medicamentosa com a clomipramina e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), a terapia comportamental com exercícios de EPR e a TCC. Evidências demonstram que parte dos pacientes podem ter a remissão completa dos sintomas com a utilização da terapia medicamentosa em conjunto com as terapias de EPR e de TCC (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007; CORDIOLI, 2008; RAFFIN et al., 2008).

### 3.2 Terapia cognitivo-comportamental

A teoria cognitivo-comportamental baseia-se na junção da técnica de EPR associada às técnicas cognitivas. A EPR teve início na década de 70, a partir da observação e experimentos com pacientes com TOC, levando à constatação de que quanto mais os pacientes eram expostos aos fatores causadores de ansiedade, mais a ansiedade e a necessidade de realizar os rituais era diminuída, concretizando o fenômeno da habituação, base da EPR. Diante disto, a EPR foi proposta como terapia comportamental e mais eficaz para o tratamento do TOC, que até então tinha como tratamento proposto a psicanálise ou a psicoterapia analítica, as quais se mostravam ineficazes (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007; CORDIOLI, 2008).

Com o avanço do conhecimento sobre o TOC e com a baixa aderência de pacientes com o predomínio de obsessões à EPR, surgiu a necessidade de ampliar as possibilidades de tratamento para a sintomatologia do TOC. Diversos autores iniciaram o desenvolvimento de teorias sobre as origens das obsessões baseados no modelo cognitivo, levando-os por consenso, a dividir os pacientes em domínios de acordo com o conteúdo de seus pensamentos. A partir disso, começou a ser questionado o excesso de responsabilidade e a interpretação errônea e negativa atribuídos aos pensamentos intrusivos, que levavam os pacientes a realizar rituais ou comportamentos a fim de evitar os possíveis danos que poderiam ocorrer se os pensamentos fossem concretizados. Corroborando com a hipótese de que se a responsabilidade fosse diminuída e a interpretação fosse correta, a ansiedade gerada em decorrência dos pensamentos também diminuiria (CORDIOLI, 2008; BEHENCK, 2015).

A técnica cognitiva se baseia na aprendizagem dos pacientes sobre seus sintomas e de onde eles vêm, na reflexão sobre suas crenças e seus medos, com o objetivo de levar o paciente a questionar sua interpretação sobre as obsessões, ou se existem novas alternativas ou outras formas de pensar. Assim, o paciente questiona-se sobre a relação custo-benefício das vantagens ou desvantagens de não tratar os seus sintomas, em conviver com as suas dúvidas ou tentar incessantemente ter a certeza de todas elas. É estimulado que o paciente teste as possibilidades de que as situações dos pensamentos intrusivos realmente aconteçam, assim como que teste as consequências de não realizar os rituais. O paciente ainda pode examinar as evidências de quantas vezes ele realmente realizou alguma das obsessões as quais tem medo que aconteça. Essas técnicas, dentre outras, compõem a terapia cognitiva (SALKOVSKIS, 1999; BECHELLI; SANTOS, 2002; CORDIOLI, 2008).

Estudos realizados para avaliar a eficácia do tratamento de pacientes com TOC utilizando as terapias comportamentais e cognitivas isoladamente concluíram que as terapias utilizadas em conjunto mostravam-se mais eficazes para o tratamento tanto das obsessões quanto das compulsões (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007; CORDIOLI, 2008; RAFFIN et al., 2008; CORDIOLI, 2014). Foi proposta, então, a junção da técnica de EPR com a técnica cognitiva, dando origem à TCC, a qual se baseia em terapias de psicoeducação para o esclarecimento dos pensamentos intrusivos, assim como para a correção de crenças distorcidas e interpretações errôneas, acompanhadas de exercícios de EPR para a habituação às situações causadoras de ansiedade (CORIOLI, 2008; BEHENCK, 2015).

As terapias em grupo surgiram a partir da alta demanda de transtornos psiquiátricos e a escassez de recursos em ambiente hospitalar, principalmente no período da Segunda Guerra Mundial, resultando em um método de tratamento bastante eficiente, pois tratava vários pacientes ao mesmo tempo com custo reduzido (BEHENCK, 2015).

Estudos comprovam a evidência da eficácia da TCCG, por estabelecer uma relação de confiança entre os participantes do grupo, assim como com o terapeuta (BRAGA et al., 2009; BEHENCK; GOMES; HELDT, 2016). O compartilhamento de suas experiências permite com que se identifiquem uns com os outros, estimulando a reflexão sobre si a partir do relato de outros pontos de vista, assim como de diferentes condutas sobre a mesma situação (BEHENCK; GOMES; HELDT, 2016).

No HCPA, para ingresso no grupo de TCC, os pacientes realizam uma avaliação inicial por meio da consulta de enfermagem ambulatorial, momento em que relatam sobre 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.

### **3.3 Consulta de enfermagem em saúde mental**

A consulta de enfermagem, aplicada por meio do PE, constitui-se como importante ferramenta da assistência de enfermagem ambulatorial, uma vez que é oferecida de forma sistemática e contínua à comunidade (FRANZEN et al., 2012; HELDT; BEHENCK; MARINI, 2015). A consulta de enfermagem é fundamentada com base nos princípios da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, tendo como foco central as necessidades individualizadas de saúde do paciente (HORTA, 1979). A consulta é estruturada em etapas para a melhor organização e continuidade do PE, fazendo parte da primeira

consulta 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 (HORTA, 1979; FRANZEN et al., 2012; HELDT, 2012).

Na consulta de enfermagem em saúde mental, além da anamnese e exame físico, deve ser incluído o EEM, para que possam ser avaliadas possíveis alterações nas funções psíquicas apresentadas pelo paciente, conhecidas como respostas desadaptadas. Para identificar se as respostas são desadaptadas ou não, deve-se avaliar a intensidade, a duração e o quanto essa resposta desadaptada interfere nas atividades cotidianas do paciente (HELDT; RODRIGUES, 2006; HELDT; BEHENCK; MARINI, 2015). As funções psíquicas são descritas em afetividade e humor, atenção, conduta, consciência, inteligência, linguagem, memória, orientação, pensamento e sensopercepção. Em pacientes com TOC, as funções psíquicas com resposta desadaptada são a afetividade e o humor, devido ao medo e à ansiedade presentes; a conduta, devido aos comportamentos compulsivos; e o pensamento, devido às obsessões (HELDT; BEHENCK; MARINI, 2015). A consulta de enfermagem, a partir dos conhecimentos em saúde mental do enfermeiro, avalia a indicação de intervenção, como por exemplo, a TCCG.

A formação de enfermeiros como terapeutas iniciou na década de 70, a partir da necessidade de maior número de profissionais na área da psiquiatria. Foi constatado que o número de anos necessário para a formação de um enfermeiro psiquiátrico era consideravelmente menor do que para a formação de médicos psiquiatras. Visto que os enfermeiros possuem uma formação generalista, a formação como terapeuta otimizaria a assistência de enfermagem no cuidado integral ao paciente, englobando os conhecimentos sobre saúde mental e física (MARKS et al., 1975; BEHENCK, 2015). Entre os primeiros estudos envolvendo o tratamento de pacientes com transtornos mentais tratados por enfermeiros a partir de técnicas comportamentais, foi encontrado que os enfermeiros mostraram-se tão eficazes quanto médicos psiquiatras e, ainda, apresentaram uma melhor relação custo-benefício (MARKS et al., 1975). Outro estudo sobre a capacitação de enfermeiros como terapeutas na atenção primária constatou que os pacientes por eles tratados referiram maior satisfação do que quando tratados por outros profissionais, além de menor número de encaminhamentos para outros serviços (RICHARDS et al., 2003).

Considerando a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro em todos os níveis de assistência, seja em instituições públicas ou privadas, é imprescindível a 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 no registro das etapas do PE, que, quando classificadas em termos padronizados, refletem na uniformização de significados comuns presentes na prática clínica de enfermagem (ALMEIDA et al., 2011; BRASIL, 2014).

### 3.4 Sistemas de Linguagem Padrão

O PE começou a ser reconhecido como agente da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a partir da década de 50 no Brasil, e desde então vem sendo cada vez mais aprimorado para a melhor 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 (HORTA, 1979; HELDT; RODRIGUES, 2006; FRANZEN et al., 2012, MONTEIRO et al., 2013).

A avaliação de enfermagem é realizada a partir da consulta de enfermagem, momento em que o paciente apresenta suas queixas, as quais representam os dados subjetivos, e o enfermeiro realiza o exame físico, o qual representa os dados objetivos avaliados pelo mesmo. Esta etapa é de suma importância, visto que serve de base para as próximas etapas (HELDT; RODRIGUES, 2006; FRANZEN et al., 2012).

Os DEs são fundamentados na taxonomia NANDA-I, a qual é um dos componentes dos sistemas de linguagem padrão (SLP), ferramenta imprescindível para a universalização do conhecimento, principalmente na área da enfermagem. Os DEs são selecionados pelo enfermeiro a partir de seu raciocínio clínico e conhecimento científico, embasados nos dados objetivos e subjetivos apresentados pelo paciente, a fim de identificar os padrões de resposta alterados (FRANZEN et al., 2012; MONTEIRO et al., 2013). A NANDA-I é estruturada em 13 domínios com 47 classes e 234 diagnósticos, cada diagnóstico é composto por definição, características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

A identificação do resultado esperado é embasada pela NOC, a qual descreve os resultados esperados pelo paciente de acordo com os DEs escolhidos, descrito no capítulo de ligações NOC - NANDA-I, podendo ser avaliados num *continuum* de tempo pelo enfermeiro. A NOC é estruturada em sete domínios com 32 classes e 490 resultados. Cada resultado apresenta uma definição, uma lista de indicadores e os escores a serem mensurados. Cada indicador pode ser mensurado a partir de uma escala Likert de cinco pontos, sendo "1" o pior



resultado esperado, e "5" o melhor resultado esperado. 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; BULECECK et al., 2016).

A implementação dos cuidados deve ser realizada a partir da etapa de planejamento das intervenções, podendo ser aplicada em vários âmbitos; sendo em educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, tanto para os pacientes como para os cuidadores e/ou familiares (HELDT; RODRIGUES, 2006; THOMÉ et al., 2014).

A avaliação final refere-se ao estado do paciente no momento da alta, seja em ambiente de internação ou ambulatorial. É o momento em que podem ser comparados os resultados obtidos na primeira avaliação com os da última, para que se possa mensurar a evolução dos DEs. Se os objetivos iniciais não forem atingidos por completo, deve ser feita a orientação sobre as questões referentes à saúde do paciente (HELDT; RODRIGUES, 2006; MONTEIRO et al., 2013).

Portanto, no contexto de evidências que comprovam a efetividade da TCCG em pacientes com TOC, assim como o sucesso de enfermeiros atuando na área da saúde mental, encontra-se a necessidade de estudos que comprovem a efetividade da utilização dos SLP de enfermagem, principalmente em cenário ambulatorial, visto que a maioria dos estudos sobre SLP são realizados no cenário de internação hospitalar.

## **4 MÉTODO**

Trata-se de um estudo de método misto, desenvolvido em duas etapas: a primeira compreende uma pesquisa metodológica e a segunda uma pesquisa de resultados (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa metodológica refere-se a estudos de validação, desenvolvimento e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, sendo na maioria das vezes não experimental. Um exemplo de estudo metodológico é o de desenvolvimento de novos instrumentos, no qual pode ser utilizado o modelo de método misto (POLIT; BECK, 2011). A primeira etapa foi realizada por meio de um estudo de validação por consenso de especialistas, que definiram os resultados e indicadores NOC para serem aplicados no cenário real de cuidado dos pacientes com TOC em TCCG e em consulta de enfermagem ambulatorial.

A pesquisa de resultados refere-se, inicialmente, a estudos sobre a eficiência dos serviços de enfermagem e de saúde, de uma maneira mais global. Entretanto, com o avanço do desenvolvimento das estruturas propostas para pesquisas de resultados, estas têm se destinado cada vez mais à relação processo/paciente/resultados e suas variáveis. A partir do crescente aumento da utilização dos sistemas de classificação de enfermagem para a documentação dos registros de enfermagem, tem sido realizadas pesquisas de resultados para desenvolver, testar e avaliar tais sistemas de classificação (POLIT; BECK, 2011). A segunda etapa foi composta pela pesquisa de resultados avaliados ao longo das sessões da TCCG com os resultados e indicadores NOC definidos no consenso de especialistas, comparando o estado de saúde inicial e o final.

### **4.1 Local de estudo**

O estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Enfermagem em Saúde Mental do SEAMB do HCPA. As atividades assistenciais das enfermeiras vinculadas ao SEAMB ocorrem por meio da consulta de enfermagem e coordenação de grupos. Durante a consulta, as enfermeiras utilizam as etapas do PE com foco central nas necessidades individualizadas de saúde (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

## **4.2 População e amostra**

Na primeira etapa do estudo, fizeram parte pesquisadores especialistas em saúde mental e em PE. Como critério de inclusão foi considerado a experiência clínica em enfermagem em saúde mental e em pesquisa sobre PE no cenário ambulatorial. Estes critérios foram definidos de acordo com estudos prévios (LUNNEY et al., 2011; BAVARESCO; LUCENA, 2012).

Na segunda etapa, participaram do grupo piloto os pacientes atendidos no Programa de Enfermagem em Saúde Mental e selecionados para a TCCG. Os critérios de inclusão, de acordo com o programa, para a participação da TCCG foram: indivíduos adultos (18 a 65 anos) com diagnóstico de TOC, de acordo com o DSM-5 (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014), alfabetizados e em uso ou não de medicação. Para os pacientes que estivessem em tratamento farmacológico, foram incluídos aqueles com dose estável de medicação há pelo menos quatro meses. Os critérios de exclusão foram: pacientes com sintomas psicóticos, com risco de suicídio, depressão grave ou que já realizaram tratamento prévio com TCCG.

O ingresso dos pacientes para a TCCG ocorreu por meio de consulta individual conduzida pela enfermeira coordenadora do grupo, onde foram aplicadas as escalas de avaliação dos sintomas e gravidade do TOC.

## **4.3 Coleta de dados**

### **4.3.1 Primeira etapa: seleção de resultados e indicadores de enfermagem da NOC**

Nesta primeira etapa, foi realizado um encontro presencial para discussão e seleção dos resultados e indicadores de enfermagem NOC. No encontro estavam presentes a enfermeira coordenadora da TCCG, uma professora especialista em PE, uma professora especialista em Saúde Mental e a pesquisadora.

Previamente ao encontro, a pesquisadora fez uma seleção prévia dos DEs a serem elencados para pacientes com TOC, conforme o livro da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2015), baseado em referenciais teóricos sobre os sintomas mais prevalentes nestes pacientes.

Para escolha dos resultados sugeridos no encontro, a pesquisadora considerou o capítulo de ligações NOC-NANDA-I da NOC (MOORHEAD et al, 2013), que descreve os resultados sugeridos e adicionais associados aos DEs, conforme as características definidoras relacionadas ao TOC.

Para o consenso, foi construído um instrumento (APÊNDICE A) com as opções “seleciono” e “não seleciono”, para a escolha dos resultados e seus respectivos indicadores de enfermagem NOC relacionados aos DEs pré-estabelecidos.

Após a seleção dos resultados, foram discutidos os indicadores a serem selecionados, levando em consideração a sua aplicação na prática clínica de avaliação dos pacientes.

#### 4.3.2 Segunda etapa: avaliação clínica dos pacientes por meio dos resultados NOC

A segunda etapa foi constituída da avaliação dos pacientes com TOC em TCCG utilizando o instrumento construído, constando os resultados e indicadores NOC previamente selecionados pelo consenso (APÊNDICE B). A avaliação foi realizada pela pesquisadora em três momentos diferentes: na primeira sessão do grupo, na sexta sessão e na última sessão do grupo (equivalente à 12ª sessão).

A avaliação foi realizada considerando o estado clínico dos pacientes observado durante as sessões e nas consultas individuais determinadas (primeira, sexta e 12ª sessão). Também foram coletados na consulta inicial de avaliação, os dados clínicos e sociodemográficos por meio de um instrumento construído pela pesquisadora (APÊNDICE C).

Os instrumentos utilizados para verificar a gravidade do TOC foram a *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) e a *Obsessive Compulsive Inventory Revised* (OCI-R). A Y-BOCS é um instrumento adaptado para o português (ASBAHAR et al., 1996) e é constituído de 10 questões (cinco referentes às obsessões e cinco referentes às compulsões), cada uma com escores de “zero” (ausência de sintomas) a “quatro” (obsessões e compulsões extremamente graves). O escore máximo é de 40 pontos e quanto maior o escore, mais grave é a doença (ANEXO A).

A OCI-R identifica as obsessões e compulsões que predominam e quais são mais sensíveis ao tratamento, sendo um inventário de autorrelato, constituído por 18 alternativas e seis subescalas, sendo elas verificação, colecionismo, neutralização, obsessão, ordenamento e lavagem (SOUZA et al., 2011). Cada questão apresenta uma escala de zero sendo "nenhum

ponto" a quatro sendo "extremamente", com escore máximo de 72 pontos e quanto maior o escore, pior o estado da doença (ANEXO B).

#### **4.4 Intervenção**

O protocolo de intervenção de TCCG utilizado é de 12 sessões, definida no manual Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (CORDIOLI, 2008). O grupo foi coordenado pela enfermeira e um coterapeuta médico residente em psiquiatria.

Nos encontros semanais de 120 minutos foram realizadas atividades de EPR, leituras e troca de experiências, para que os pacientes pudessem entender e tratar os sintomas referentes ao TOC. Os familiares dos pacientes foram convidados a participar em duas sessões, para proporcionar um melhor entendimento do TOC e auxiliarem no tratamento. As sessões detalhadas constam em anexo (ANEXO C).

#### **4.5 Análise dos dados**

Para a seleção de indicadores e resultados de enfermagem NOC sugeridos na primeira etapa do estudo, foram selecionados os que obtiveram 100% de concordância entre as especialistas.

Utilizou-se a análise descritiva para apresentar as características sociodemográficas e clínicas. As variáveis contínuas estão expressas como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil conforme distribuição dos dados. As variáveis categóricas foram expressas como percentuais e números absolutos.

Para comparar os escores dos indicadores da NOC identificados nas consultas de enfermagem do grupo piloto utilizou-se a *Generalized Estimating Equations* (GEE).

Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi o de 5% ( $p < 0,05$ ), com intervalo de confiança (IC) de 95%.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O presente projeto de pesquisa está vinculado ao projeto intitulado *Avaliação de Pacientes em Consulta de Enfermagem Ambulatorial por meio dos Resultados e Indicadores*

*da Nursing Outcomes Classification*, o qual foi aprovado (ANEXO D) no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (CAEE nº 55401916000005327), o mesmo segue o preconizado pela Resolução 466 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O projeto atual foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (nº 32526).

Foi entregue aos participantes da primeira etapa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), específico para as especialistas (APÊNDICE D), e na segunda etapa outro TCLE para os pacientes (APÊNDICE E). No documento, constavam dados de identificação do projeto, objetivos, os possíveis benefícios do estudo, nomes dos componentes da equipe executora e forma de contato com os pesquisadores. Foi registrada a concordância voluntária do participante na pesquisa, 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 TOC

Foram elencados previamente seis DEs para pacientes com TOC: Ansiedade (00146), Medo (00148), Enfrentamento ineficaz (00069) e Planejamento de atividade ineficaz (00199), Negação Ineficaz (00072) e Apoio da família durante o tratamento (2909). Durante o consenso dos especialistas, a prioridade entre os DEs selecionados foi avaliada, sendo excluído os DEs Negação Ineficaz (00072) e Apoio da família durante o tratamento (2909). A decisão foi unânime entre as participantes, visto que os DEs excluídos englobam dimensões específicas do paciente com TOC e da família que participa de somente duas sessões durante a TCCG, o que limitaria a seleção dos resultados de enfermagem relacionados. Os DEs elencados que permaneceram após o consenso estão representados no Quadro 1, com suas respectivas definições, características definidoras e fatores relacionados.

**Quadro 1** - Diagnósticos de Enfermagem elencados com suas respectivas definições, características definidoras e fatores relacionados, segundo a NANDA-I. Porto Alegre, RS, 2017.

DE/ Definição	Características definidoras	Fatores relacionados
<p><b>ANSIEDADE 00146</b></p> <p>Domínio 9, Classe 2</p> <p><b>Definição:</b> 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 de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p>	<p><b>Comportamentais:</b> Comportamento examinador, estar irrequeto, hipervigilância, inquietação, preocupações devido à mudança em eventos da vida, produtividade diminuída.</p> <p><b>Afetivas:</b> Angústia, apreensão, desamparo, foco em si mesmo, incerteza, irritabilidade, medo, agitação, sensação de inadequação.</p> <p><b>Fisiológicas:</b> Aumento da tensão, aumento da transpiração, estremeamento, tensão facial, tremores nas mãos, voz trêmula.</p> <p><b>Simpáticas:</b> Alteração no padrão respiratório, aumento da pressão sanguínea, aumento</p>	<p>Conflito de valores, conflito sobre as metas da vida, contágio interpessoal, história familiar de ansiedade, necessidades não atendidas.</p>

	<p>na frequência cardíaca, aumento na frequência respiratória, boca seca, dilatação pupilar, fraqueza, palpitações cardíacas, reflexos rápidos, rubor facial, vasoconstrição superficial.</p> <p><b>Parassimpáticas:</b> Alteração no padrão de sono, desmaio, diarreia, dor abdominal, fadiga, formigamento nas extremidades, náusea, redução na frequência cardíaca, redução da pressão sanguínea, urgência urinária.</p> <p><b>Cognitivas:</b> Alteração na atenção, na concentração, bloqueio de pensamento, capacidade diminuída de solucionar problemas, esquecimento, preocupação, ruminação, tendência a culpar os outros.</p>	
<p><b>MEDO 00148</b></p> <p>Domínio 9, Classe 2</p> <p><b>Definição:</b> Resposta à ameaça percebida que é constantemente reconhecida como um perigo.</p>	<p><b>Geraiis:</b> 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><b>Cognitivas:</b> Capacidade de resolução de problemas diminuída, estímulos entendidos como ameaça, identifica objeto do medo, produtividade diminuída.</p> <p><b>Comportamentais:</b> 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>



	<b>Fisiológicas:</b> Anorexia, boca seca, diarreia, dispneia, fadiga, frequência respiratória aumentada, mudança na reação fisiológica, transpiração aumentada.	
<b>ENFRENTAMENTO INEFICAZ 00069</b>  Domínio 9, Classe 2  <b>Definição:</b> Incapacidade de realizar uma avaliação válida dos estressores, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis.	Alteração da concentração, alteração no padrão de sono, dificuldade para organizar informações e para solução de problemas, incapacidade de atender às expectativas do papel, incapacidade de lidar com uma situação, incapacidade de pedir ajuda, incapacidade de satisfazer às necessidades básicas, mudança nos padrões de comunicação.	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.
<b>PLANEJAMENTO DE ATIVIDADE INEFICAZ 00199</b>  Domínio 9, Classe 2  <b>Definição:</b> Incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições.	Ansiedade excessiva relativa a uma tarefa a ser enfrentada, falta de um plano, habilidades organizacionais insuficientes, medo relativo a uma tarefa a ser enfrentada, metas não atendidas para a atividade escolhida, padrão de fracasso, padrão de procrastinação, preocupação relativa a uma tarefa a ser assumida, recursos insuficientes.	Apoio social insuficiente, capacidade insuficiente para processar informações, comportamento de fuga defensivo quando diante de uma solução proposta, hedonismo, percepção irreal de capacidades pessoais, percepção irreal do evento.

Fonte: HERDMAN; KAMITSURU, 2015.

A partir dos DEs elencados, foi realizada a seleção dos resultados NOC, segundo o capítulo de ligações NOC-NANDA-I da NOC (MOORHEAD et al., 2013) pelas pesquisadoras para a avaliação das especialistas por meio do instrumento de avaliação.

## 5.2 Resultados de enfermagem NOC e seus indicadores selecionados por consenso entre especialistas para avaliação de pacientes com TOC

Previamente ao consenso foram selecionados pela pesquisadora seis resultados de enfermagem para a avaliação das especialistas, sendo eles: Autocontrole da ansiedade (1402), Nível de medo (1210), Nível de ansiedade (1211), Controle pessoal do tempo (1635), Apoio da família durante o tratamento (2909) e Adaptação psicossocial: mudança de vida (1305) (MOORHEAD et al., 2013).

Após o consenso das especialistas, foram elencados quatro resultados de enfermagem NOC e 17 indicadores. Foram selecionados os seguintes resultados: Autocontrole da ansiedade (1402), Nível de medo (1210), Nível de ansiedade (1211) e Controle pessoal do tempo (1635) (MOORHEAD et al., 2013). Foram excluídos os resultados: Apoio da família durante o tratamento (2909) e Adaptação psicossocial: mudança de vida (1305) (MOORHEAD et al., 2013).

Os resultados estão representados no Quadro 2, com as respectivas definições, domínios, classes e indicadores selecionados.

**Quadro 2** - Resultados e indicadores de enfermagem NOC selecionados durante o consenso para a composição do instrumento de avaliação dos pacientes com TOC. Porto Alegre, RS, 2017.

<b>Resultado/ Definição</b>	<b>Domínio/Classe</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Autocontrole da ansiedade (1402):</b> Ações pessoais para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão, tensão ou mal-estar de uma fonte não identificável.	<b>Saúde Psicossocial (III)/ Autocontrole (O)</b>	Monitora a intensidade da ansiedade (140201) Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento (140206) Mantém relações sociais (140211) Monitora manifestações comportamentais de ansiedade (140216)
<b>Nível de medo (1210):</b> Gravidade da apreensão, da tensão ou mal-estar manifestados advindos de fonte identificável.	<b>Saúde Psicossocial (III)/ Bem-estar Psicológico (M)</b>	Angústia (121001) Inquietação (121005) Dificuldade de concentração (121008) Dificuldade para solucionar problemas (121010) Preocupação exagerada com eventos da vida (121013)

		Comportamento de evitar (121030)
<b>Nível de ansiedade (1211):</b> Gravidade da apreensão, tensão ou desassossego manifestados em decorrência de uma fonte não identificável.	<b>Saúde Psicossocial (III)/ Bem-estar Psicológico (M)</b>	Indecisão (121109)  Distúrbios do sono (121129) Produtividade diminuída (121126)
<b>Controle pessoal do tempo (1635):</b> Ações pessoais para completar compromissos dentro de um prazo esperado com o mínimo de estresse.	<b>Conhecimento e Comportamento em Saúde (IV)/ Comportamento em Saúde (Q)</b>	Estabelece um tempo para realização dos compromissos (163505) Planeja atividades a cada semana (163509) Minimiza interrupções (163515) Utiliza estratégias para reduzir a ansiedade (163518)

**Fonte:** MOORHEAD et al., 2013.

### 5.3 Definições conceituais e operacionais elaboradas para os indicadores de seus respectivos resultados de enfermagem NOC

As definições conceituais e operacionais embasadas em referenciais teóricos (CORDIOLI, 2002; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; HELDT; BEHENCK; MARINI, 2015) foram elaboradas para cada indicador selecionado, considerando o contexto de aplicação do instrumento, bem como o nível de conhecimento dos pacientes sobre o TOC. Em uma segunda reunião de consenso de especialistas, as definições e a magnitude operacional de cada indicador conforme a Escala *Likert* foram finalizadas. As definições conceituais e operacionais estão apresentadas no Quadro 3.

**Quadro 3** - Indicadores e definições conceituais e operacionais, com a respectiva magnitude. Porto Alegre, RS, 2017.

NOC - Autocontrole da ansiedade (1402)	
Indicadores	Magnitude da definição operacional
<b>Monitora a intensidade da ansiedade</b> <b>Definição conceitual:</b> Mensura o grau de aflição experimentado no momento da exposição à situação temida, variando de “nenhuma ansiedade” à “ansiedade extrema”.	1. Nunca 2. Raramente 3. Várias vezes no mês 4. Várias vezes na semana 5. Diariamente
<b>Utiliza estratégias eficientes de</b>	1. Nunca usa estratégias

<p><b>enfrentamento</b>  <b>Definição conceitual:</b> Planeja com antecedência como irá se comportar em situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção da resposta. Por exemplo: procurar se distrair durante situações de risco, com outros pensamentos ou com atividades práticas, conversar consigo mesmo ou usa lembretes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Utiliza raramente uma estratégia</li> <li>3. Utiliza mensalmente pelo menos uma estratégia</li> <li>4. Utiliza semanalmente mais de uma estratégia</li> <li>5. Utiliza diariamente mais de uma estratégia</li> </ol>
<p><b>Mantém relações sociais</b>  <b>Definição conceitual:</b> 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, apesar dos sintomas do TOC.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca relaciona-se com pessoas próximas</li> <li>2. Relaciona-se apenas quando necessário</li> <li>3. Relaciona-se mantendo certo distanciamento</li> <li>4. Relaciona-se, porém faz esforços para isso</li> <li>5. Relaciona-se normalmente</li> </ol>
<p><b>Monitora manifestações comportamentais de ansiedade</b>  <b>Definição conceitual:</b> Consegue perceber e distinguir o que são manifestações comportamentais e físicas da ansiedade do que seriam manifestações/sensações percebidas e desencadeadas por situações normais. Monitoramento relacionado ao nível de insight da doença.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca monitora manifestações</li> <li>2. Raramente monitora manifestações</li> <li>3. Várias vezes no mês monitora manifestações</li> <li>4. Várias vezes na semana monitora manifestações</li> <li>5. Sempre monitora manifestações</li> </ol>
<b>NOC - Nível de medo (1210)</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Magnitude da definição operacional</b>
<p><b>Angústia</b>  <b>Definição conceitual:</b> Sensação de mal-estar geral, físico e psíquico, que geralmente acompanha a ansiedade, principalmente após exercícios de exposição e prevenção de respostas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sente-se angustiado todos os dias</li> <li>2. Sente-se angustiado várias vezes na semana</li> <li>3. Sente-se angustiado várias vezes no mês</li> <li>4. Sente-se angustiado raramente</li> <li>5. Nunca sente-se angustiado</li> </ol>
<p><b>Inquietação</b>  <b>Definição conceitual:</b> Agitação psicomotora devido a picos de ansiedade, que pode resultar em aumento dos sintomas compulsivos e pensamentos invasivos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresenta inquietação todos os dias</li> <li>2. Apresenta inquietação várias vezes na semana</li> <li>3. Apresenta inquietação várias vezes no mês</li> <li>4. Apresenta inquietação raramente</li> <li>5. Nunca apresenta inquietação</li> </ol>
<p><b>Dificuldade de concentração</b>  <b>Definição conceitual:</b> Apresenta dificuldade para concentrar-se em tarefas/atividades em</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca consegue concentrar-se durante todo o período da atividade</li> <li>2. Raramente consegue concentrar-se durante</li> </ol>

função de pensamentos invasivos, medos e/ou preocupações infundadas.	<p>todo o período da atividade</p> <p><b>3.</b> Várias vezes no mês consegue concentrar-se durante todo o período da atividade</p> <p><b>4.</b> Várias vezes na semana consegue concentrar-se durante todo o período da atividade</p> <p><b>5.</b> Sempre consegue concentrar-se durante todo o período da atividade</p>
<p><b>Dificuldade para solucionar problemas</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> Apresenta dificuldade excessiva para solucionar problemas do cotidiano, em função de medos advindos de pensamentos invasivos e lentidão pela realização de rituais/comportamentos compulsivos.</p>	<p><b>1.</b> Nunca consegue solucionar problemas</p> <p><b>2.</b> Raramente consegue solucionar problemas</p> <p><b>3.</b> Várias vezes no mês consegue solucionar problemas</p> <p><b>4.</b> Várias vezes na semana consegue solucionar problemas</p> <p><b>5.</b> Consegue solucionar problemas sempre que aparecem</p>
<p><b>Preocupação exagerada com eventos da vida</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> Preocupa-se excessivamente com situações do cotidiano que possam vir a trazer riscos infundados, em função de medos e pensamentos invasivos e obsessivos. Por exemplo: preocupar-se em saber que trancou a porta.</p>	<p><b>1.</b> Sempre preocupa-se</p> <p><b>2.</b> Várias vezes na semana preocupa-se</p> <p><b>3.</b> Várias vezes no mês preocupa-se</p> <p><b>4.</b> Raramente preocupa-se</p> <p><b>5.</b> Nunca preocupa-se</p>
<p><b>Comportamento de evitar</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> Evita pessoas, situações, lugares e objetos em função do medo de que grandes catástrofes possam ocorrer, devido aos pensamentos obsessivos.</p>	<p><b>1.</b> Nunca expõe-se em situações de risco</p> <p><b>2.</b> Raramente expõe-se em situações de risco</p> <p><b>3.</b> Várias vezes no mês expõe-se a situações de risco</p> <p><b>4.</b> Várias vezes na semana expõe-se a situações de risco</p> <p><b>5.</b> Sempre expõe-se a situações de risco</p>
<b>NOC - Nível de ansiedade (1211)</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Magnitude da definição operacional</b>
<p><b>Indecisão</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> Apresenta indecisão nas escolhas básicas do cotidiano em função da falta de confiança em si próprio, por medos infundados.</p>	<p><b>1.</b> Sempre é indeciso(a)</p> <p><b>2.</b> Várias vezes na semana é indeciso(a)</p> <p><b>3.</b> Várias vezes no mês é indeciso (a)</p> <p><b>4.</b> Raramente é indeciso(a)</p> <p><b>5.</b> Nunca é indeciso(a)</p>
<p><b>Distúrbios do sono</b></p> <p><b>Definição conceitual:</b> Apresenta distúrbios do sono, sendo eles caracterizados tanto pelo excesso como pela falta de sono.</p>	<p><b>1.</b> Sempre apresenta distúrbios do sono</p> <p><b>2.</b> Várias vezes na semana apresenta distúrbios do sono</p> <p><b>3.</b> Várias vezes no mês apresenta distúrbios</p>

	<p>do sono</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Raramente apresenta distúrbios do sono</li> <li>5. Nunca apresenta distúrbios do sono</li> </ol>
<p><b>Produtividade diminuída</b>  <b>Definição conceitual:</b> Deixa de fazer atividades diárias ou excepcionais em função de rituais/obsessões/compulsões/medos, levando à perda de várias horas do dia devido a lentidão para realizar as atividades e consecutivas interrupções.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca consegue realizar todas as atividades do dia</li> <li>2. Raramente consegue realizar todas as atividades do dia</li> <li>3. Várias vezes no mês consegue realizar as atividades do dia</li> <li>4. Várias vezes na semana consegue realizar atividades do dia</li> <li>5. Sempre consegue realizar as atividades do dia</li> </ol>
<b>NOC - Controle pessoal do tempo (1635)</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Magnitude da definição operacional</b>
<p><b>Estabelece um tempo para realização dos compromissos</b>  <b>Definição conceitual:</b> Estabelece um tempo exato para realizar tarefas/compromissos diários ou excepcionais, visando a não interrupção por rituais/compulsões.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca estabelece tempo para realização de tarefas/compromissos</li> <li>2. Raramente</li> <li>3. Várias vezes no mês</li> <li>4. Várias vezes na semana</li> <li>5. Sempre que realiza tarefas/compromissos</li> </ol>
<p><b>Planeja atividades a cada semana</b>  <b>Definição conceitual:</b> Consegue fazer um planejamento de compromissos/atividades para a semana seguinte e realizá-lo, sem interrupções ou mudanças de horário em função de rituais/obsessões/compulsões.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca consegue planejar atividades para próxima semana</li> <li>2. Raramente consegue planejar atividades para próxima semana</li> <li>3. Uma semana por mês consegue planejar atividades para a próxima semana</li> <li>4. Quase todas as semanas do mês consegue planejar atividades para a próxima semana</li> <li>5. Sempre consegue planejar atividades para a próxima semana</li> </ol>
<p><b>Minimiza interrupções</b>  <b>Definição conceitual:</b> Diminui o número de interrupções relacionadas a rituais (ex.: verificar, repetir) durante a realização de tarefas cotidianas ou excepcionais.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sempre interrompe as tarefas</li> <li>2. Interrompe as tarefas várias vezes na semana</li> <li>3. Interrompe as tarefas várias vezes no mês</li> <li>4. Interrompe as tarefas raramente</li> <li>5. Nunca interrompe as tarefas</li> </ol>
<p><b>Utiliza estratégias para reduzir a ansiedade</b>  <b>Definição conceitual:</b> Utiliza estratégias pessoais ou aprendidas visando reduzir a ansiedade nos momentos de crise, sem confundir estratégias com rituais</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca utiliza estratégias</li> <li>2. Raramente utiliza estratégias</li> <li>3. Várias vezes no mês utiliza estratégias</li> <li>4. Várias vezes na semana utiliza estratégias</li> <li>5. Sempre utiliza estratégias</li> </ol>

<p>"mascarados". Exemplos de estratégias: Técnica do PARE, procurar distrações para cortar o fluxo dos pensamentos invasivos, fazer outra atividade, etc.</p>	
---	--

Fonte: Dados da pesquisa.

A fim de verificar o potencial de uso na prática clínica, os resultados de enfermagem NOC e respectivos indicadores foram testados em um grupo piloto de pacientes com TOC que realizaram TCCG.

#### 5.4 Grupo piloto: características e resultados NOC

O grupo piloto do presente estudo contou com a participação de seis pacientes. Quanto às características sociodemográficas, a maioria eram mulheres (n=5), com média (desvio padrão) de 40,8 (DP=13,7) anos de idade, que se autodeclararam de etnia branca (n=5). Em relação a ocupação e estado civil, a metade era empregada e casada. A escolaridade encontrada foi de quatro com ensino médio e dois com ensino superior.

Durante a consulta inicial, a gravidade dos sintomas dos pacientes foi avaliada pela enfermeira coordenadora do grupo com as escalas Y-BOCS e OCI-R e a média foi de 30(DP=10,8) e 37,8(DP=14,9), respectivamente.

Os resultados de enfermagem Autocontrole da ansiedade (1402), Nível de medo (1210), Nível de ansiedade (1211) e Controle pessoal do tempo (1635) totalizaram 17 avaliações para cada indicador, sendo que os seis pacientes participaram da primeira e segunda avaliação, e cinco deles participaram da terceira. Os resultados encontrados referentes às avaliações de resultados de enfermagem NOC estão representados na Tabela 1.

Observou-se que houve uma alteração significativa após a TCCG no indicador "Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento", referente ao resultado Autocontrole da ansiedade (1402). Os demais quatro indicadores relacionados à este resultado não foram significativos comparando-se as avaliações durante a intervenção.

Referente ao resultado Nível de medo (1210), quatro entre seis indicadores obtiveram alterações significativas em seus escores após a intervenção, sendo eles: "Angústia", "Inquietação", "Dificuldade de concentração" e "Preocupação exagerada com eventos da vida".

No resultado Nível de ansiedade (1211), os dois indicadores "Indecisão" e "Produtividade diminuída" demonstraram diferenças significativas nas avaliações, entre os três avaliados.

Nos indicadores "Estabelece um tempo para realização de compromissos" e "Minimiza interrupções" referentes ao resultado Controle pessoal do tempo (1635), observou-se mudança significativa antes e após a intervenção, dentre os quatro avaliados.

**Tabela 1** – Resultado da avaliação dos resultados de enfermagem NOC definidos no consenso de especialistas durante a TCCG. Porto Alegre, RS, 2017.

Resultados e Indicadores	Avaliações			P
	1 <sup>a</sup> (n=6)	2 <sup>a</sup> (n = 6)	3 <sup>a</sup> (n = 5)	
<b>Autocontrole da ansiedade (1402)</b>				
Monitora a intensidade da ansiedade	4,67 (0,30)	4,50 (0,20)	4,99 (0,01)	0,069
Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento	3,50 (0,73)	1,67 (0,45)	4,04 (0,47)	<b>&lt;0,001</b>
Mantém relações sociais	3,50 (0,56)	4,33 (0,30)	4,28 (0,49)	0,111
Monitora manifestações comportamentais de ansiedade	4,33 (0,45)	4,00 (0,57)	4,93 (0,06)	0,174
<b>Nível de medo (1210)</b>				
Angústia	1,17 (0,15)	2,00 (0,33)	2,12 (0,48)	<b>&lt;0,001</b>
Inquietação	1,17 (0,15)	1,50 (0,31)	2,07 (0,49)	<b>0,028</b>
Dificuldade de concentração	1,33 (0,30)	3,17 (0,49)	2,96 (0,74)	<b>&lt;0,001</b>
Dificuldade para solucionar problemas	3,17 (0,54)	4,17 (0,28)	3,73 (0,60)	0,103
Preocupação exagerada com eventos da vida	1,17 (0,15)	1,33 (0,19)	2,01 (0,39)	<b>0,040</b>
Comportamento de evitar	3,00 (0,57)	2,67 (0,69)	3,38 (0,61)	0,223
<b>Nível de ansiedade (1211)</b>				
Indecisão	1,33 (0,19)	1,33 (0,19)	2,66 (0,45)	<b>0,004</b>
Distúrbios do sono	1,17 (0,15)	1,33 (0,19)	2,27 (0,65)	0,067



Produtividade diminuída	2,50 (0,45)	4,17 (0,43)	4,42 (0,16)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Controle pessoal do tempo (1635)</b>				
Estabelece um tempo para realização dos compromissos	2,17 (0,68)	1,83 (0,45)	3,16 (0,33)	<b>0,019</b>
Planeja atividades a cada semana	3,83 (0,59)	4,83 (0,15)	4,38 (0,21)	0,103
Minimiza interrupções	2,00 (0,57)	2,33 (0,65)	3,17 (0,66)	<b>0,040</b>
Utiliza estratégias para reduzir a ansiedade	2,67 (0,69)	3,17 (0,68)	3,91 (0,57)	0,336

---

Fonte: Dados de pesquisa

Dados apresentados em média e erro padrão e analisado com a Equação de Estimativas Generalizadas (GEE).

Durante as sessões e no decorrer do andamento do grupo piloto de TCCG, a partir do vínculo estabelecido com os pacientes, pôde-se notar um sentimento de confiança e expectativa em relação aos momentos de avaliação com o instrumento construído. À medida que os exercícios de EPR propostos pela terapia ficavam mais complexos, e os pacientes se propunham a fazê-los, mais perceptíveis ficavam os seus avanços durante as avaliações.

Para a avaliação dos indicadores contidos no instrumento, era necessário fazer questionamentos aos pacientes em relação a si próprios e sua percepção em relação aos seus sintomas, o que consequentemente os proporcionava uma reflexão acerca de seus avanços durante a terapia e o que ainda poderia ser melhorado, trazendo dados realísticos sobre a efetividade e dedicação ao tratamento.

Ao final da última avaliação, foi exposto aos pacientes as pontuações dos seus escores de cada indicador, em conjunto com uma explicação sobre o significado da evolução das pontuações ao longo da terapia, assim como o que cada indicador representava em seu tratamento.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicaram as etapas do PE como norteadoras para a confecção do instrumento, partindo da definição dos DEs mais apropriados para pacientes com TOC, seguido do consenso de especialistas para estabelecer os resultados esperados para estes pacientes e avaliação do resultado por meio da aplicação do instrumento construído no cenário de prática ambulatorial.

A seguir serão discutidas as etapas de elaboração e achados do presente estudo, seguindo-se a ordem de elaboração do mesmo.

### 6.1 Seleção dos Diagnósticos de Enfermagem

A seleção dos DEs buscou englobar as diferentes dimensões do TOC, considerando a complexidade da doença ao envolver a alteração do pensamento e do comportamento dos pacientes, acarretando em sofrimento e impacto negativo em sua qualidade de vida (CORDIOLI, 2002; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Pode-se dizer que o TOC representa uma combinação entre a **Ansiedade (00146)** e o **Medo (00148)**, o que resulta no **Enfrentamento Ineficaz (00069)** das situações do cotidiano e conseqüentemente pode ocasionar um **Planejamento de Atividade Ineficaz (00199)**, prejudicando questões de relacionamento social e familiar e afetando diretamente no estilo de vida dos portadores dessa doença (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Tratando-se do DE Ansiedade como sintoma do TOC, este é descrito como uma sensação de desconforto e mal-estar que invade o paciente, em função de pensamentos intrusivos em sua mente. A ansiedade pode ser manifestada de diversas maneiras, tais como comportamentais, afetivas, fisiológicas, simpáticas, parassimpáticas e cognitivas; ocasionando uma mudança em seu padrão comportamental (CORDIOLI, 2014; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O DE Medo trata de respostas à ameaças percebidas como reais perigos para o paciente, mesmo que estes não o sejam para outras pessoas. A sensação de medo é geradora de dúvidas e crenças muitas vezes infundadas, as quais os rituais, na tentativa de aliviar o desconforto, conduzem a um ciclo de manutenção da doença. Ou seja, na presença de uma obsessão, vem a necessidade de realizar a compulsão para aliviar o medo e a ansiedade (CORDIOLI, 2014; BEHENCK, 2015; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O DE Enfrentamento Ineficaz traz questões referentes à dificuldade de enfrentar e lidar com estressores e/ou medos, os quais são avaliados pelos pacientes com TOC de forma exagerada e irreal. Este DE está estreitamente relacionado a evolução do tratamento durante a TCCG, visto que uma das técnicas da EPR baseia-se no enfrentamento das situações causadoras desconforto; a fim de promover o fenômeno da habituação e levar o paciente à reflexão sobre suas crenças e obsessões (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007; CORDIOLI, 2008; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O DE Planejamento de Atividade Ineficaz diz respeito ao planejamento de um conjunto de atividades em um tempo determinado, tarefa que para os portadores do TOC na maioria das vezes é de extrema dificuldade, visto a lentidão e repetição das tarefas diárias em função de rituais; podendo ocasionar a incapacitação e um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, afetando suas relações sociais (NIEDERAUER et al., 2007; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Portanto, entende-se que na busca de informações pelo estado de saúde do paciente, que compõe a etapa inicial do PE, o pensamento crítico do enfermeiro induz a identificação do que pode ou não ser feito em determinada situação, focando nos resultados esperados e definindo-se o processo diagnóstico (CROSSETTI et al, 2011; MOORHEAD; DOCHTERMAN, 2012). A partir disso, sugere-se que o enfermeiro ao pensar criticamente sobre a situação do paciente, busca planejar a tomada de decisão com foco na avaliação do resultado esperado, oferecendo maior acurácia diagnóstica acerca dos sinais e sintomas encontrados.

## **6.2 Etapa de consenso de especialistas**

No consenso entre as especialistas foram discutidos os resultados e indicadores de enfermagem a serem acrescentados no instrumento de avaliação dos pacientes em TCCG com TOC. A partir da composição entre os conhecimentos de saúde mental e PE, foi possível elencar resultados de enfermagem que englobam questões importantes a serem consideradas sobre a doença e, ao mesmo tempo, fatores indispensáveis para a correta avaliação destes pacientes na prática clínica.

Durante o consenso foi tratada da necessidade de equilíbrio entre a quantidade de resultados passíveis de serem avaliados mediante observação do avaliador e resultados passíveis de serem avaliados mediante informações fornecidas pelo paciente, visto que nem

sempre as informações fornecidas pelos pacientes são compatíveis com a realidade, tornando o enfermeiro o principal avaliador da evolução dos resultados esperados.

Assim como na escolha dos DEs, buscou-se selecionar resultados de enfermagem que contemplassem as diferentes dimensões do TOC, com foco nas intervenções realizadas durante a TCCG, a partir da psicoeducação fornecida aos pacientes e o acesso ao conhecimento e automonitorização dos seus sintomas.

Em relação às evidências sobre o consenso de especialistas, foram encontrados demais estudos que utilizaram este método para estabelecer resultados de enfermagem baseados na taxonomia da NOC, proporcionando efetividade na associação dos conhecimentos acerca da prática clínica com as taxonomias padronizadas mais utilizadas pela enfermagem (AZZOLIN et al, 2012; TASTAN et al, 2014; MANTOVANI, 2016).

### **6.3 Definições conceituais e operacionais dos indicadores selecionados**

A mensuração da evolução do estado do paciente a partir da utilização de taxonomias padronizadas auxilia na qualificação do cuidado prestado, assim como na identificação da efetividade das intervenções de enfermagem e a necessidade de mudanças no cuidado, subsidiando a base do conhecimento teórico dos enfermeiros (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2010; MOORHEAD et al., 2013; TASTAN et al., 2014). A NOC sugere que os resultados de enfermagem são conceitos variáveis que podem ser mensurados ao longo de um *continuum* a partir de escalas de mensuração e, em algumas situações, podem ser utilizados a partir de várias perspectivas (MOORHEAD et al., 2013).

Na prática clínica, entende-se que o cuidado aos pacientes perpassa por diversos enfermeiros e cuidadores, visto a rotina do processo de trabalho. Estudos recentes sugerem a construção e validação das definições conceituais e operacionais dos indicadores dos resultados de enfermagem para impacto e implicação na prática clínica, a fim de padronizar os conhecimentos acerca dos cuidados prestados aos pacientes (VITOR; ARAÚJO, 2011; SILVA et al., 2015; MANTOVANI, 2016).

Os resultados de enfermagem relacionam-se com os DEs selecionados previamente ao consenso de especialistas, refletindo em estados dos pacientes com TOC. No resultado Autocontrole da ansiedade (1402), os indicadores selecionados abordam questões referentes ao monitoramento e percepção acerca dos sintomas de ansiedade, tanto no contexto social, como em questões comportamentais e estratégias de enfrentamento das situações de risco, sejam elas sentidas como reais ou irrealis pelos pacientes; tais estratégias que são abordadas

durante a TCCG, sendo de extrema importância a mensuração destes resultados para a avaliação do tratamento (CORDIOLI, 2002; MOORHEAD et al., 2013). A ansiedade também reflete em sintomas de apreensão, tensão ou desassossego advindos de fontes não identificáveis, tais como indecisão (ligada às obsessões de dúvidas), dificuldade ou facilidade no período do sono, e produtividade diminuída acerca das atividades diárias dos pacientes; tais quais são abordados no resultado Nível de ansiedade (1211).

O resultado Nível de medo (1210) aborda sintomas de mal-estar, apreensão ou tensão advindos de situações identificadas como risco grave pelos pacientes, associadas a dificuldade de solucionar problemas, preocupação excessiva e comportamento evitativo de situações do cotidiano. Tais questões que são frequentemente relacionadas aos medos e crenças distorcidas dos pacientes, advindos de pensamentos intrusivos (MOORHEAD et al., 2013; CORDIOLI, 2014).

Em função da repetição dos rituais para o imediato alívio da ansiedade, o resultado Controle pessoal do tempo (1635) representa um importante aspecto no tratamento da TCCG, visto que a execução das compulsões (expressas em rituais), associada muitas vezes à excessiva lentidão na realização das tarefas, toma grande parte do tempo das atividades diárias dos pacientes, prejudicando seu estado funcional e relações sociais e familiares (NIEDERAUER et al., 2007; CORDIOLI, 2014; BEHENCK, 2015).

#### **6.4 Avaliação do resultado do grupo piloto**

Este é o primeiro estudo realizado com o objetivo de analisar a aplicação de resultados e indicadores de enfermagem da NOC na avaliação de pacientes com TOC. As características da amostra do presente estudo demonstrou semelhança em relação a estudos anteriores, por tratar-se de pacientes categorizados como graves e de acordo com as pontuações obtidas através das escalas de avaliação Y-BOCS e OCI-R (VIVAN et al., 2014; BEHENCK, 2015).

Durante a TCCG são abordados temas e exercícios relacionados à terapia de EPR, que em sua maioria englobam técnicas de enfrentamento dos medos e crenças sentidos como reais pelos pacientes (ao invés de evitar tais situações), associadas à prevenção dos rituais para alívio da ansiedade (CORDIOLI, 2002; BEHENCK, 2015). Os exercícios condicionam os pacientes a treinar as diferentes técnicas de enfrentamento ensinadas e a realizá-las em situações de seu cotidiano. A partir disto, pôde-se observar uma melhora significativa em relação às estratégias de enfrentamento, que são abordadas no resultado Autocontrole da ansiedade (1402).

A angústia e a inquietação são considerados sintomas físicos e psíquicos relacionados a picos de ansiedade que podem ser ocasionados pela realização dos exercícios de EPR (PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007; CORDIOLI, 2008; HERDMAN; KAMITSURU, 2015). A partir da habituação das exposições é esperada a melhora progressiva destes sintomas, tal qual pôde-se observar no presente estudo através do resultado Nível de medo (1210). Ainda tratando-se do mesmo resultado, este também abrange questões referentes à dificuldade de concentração e preocupação excessiva em relação a situações do cotidiano, tais quais são trabalhadas durante a terapia por meio do incentivo à reflexão acerca dos medos, crenças e excesso de responsabilidade que os pacientes atribuem a si próprios devido aos pensamentos intrusivos; sendo esperada a melhora do *insight* ao longo do tratamento a partir do entendimento provindo da terapia cognitiva, como observado no presente estudo (CORDIOLI, 2002; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O resultado Nível de ansiedade (1211) abrange questões como a indecisão e a diminuição da produtividade nas atividades do cotidiano. Ambas estão estreitamente relacionadas à ansiedade gerada em função das obsessões de dúvidas e consequente realização das compulsões, que se caracterizam pela lentidão e repetição excessivas, associadas à indecisão na tomada de decisões (CORDIOLI, 2014; BEHENCK, 2015). Conforme a cessação progressiva dos rituais e o entendimento acerca da incerteza presente e inerente nas atividades do cotidiano, ao longo do tratamento foi observada a redução destes sintomas.

O resultado Controle pessoal do tempo (1635) abrange questões referentes ao tempo demandado pela execução das compulsões. Durante a TCCG sugere-se o estabelecimento de períodos exatos de tempo para a realização das tarefas diárias, visando minimizar as interrupções em função dos rituais, a fim de melhorar a produtividade (CORDIOLI, 2002). Por meio dos indicadores "Estabelece um tempo para realização dos compromissos" e "Minimiza interrupções", observou-se uma alteração significativa entre as avaliações.

Com base nos escores obtidos a partir da avaliação dos indicadores selecionados, pôde-se observar a oscilação dos sintomas ao longo da terapia: antes do tratamento escores foram mais altos, na metade decaíram e no final os escores aumentaram. Tais alterações vão de encontro ao processo de conscientização e entendimento dos pacientes ao longo da terapia acerca de seus sintomas e os mecanismos de funcionamento do ciclo do TOC. Antes do início da terapia ainda não há o conhecimento acerca da doença, e o *insight* pode ser considerado como baixo (na maioria das vezes) levando os pacientes a pontuarem escores mais altos; na metade do tratamento alguns exercícios de EPR já puderam ser realizados (alguns fracassados) e existe um entendimento maior sobre os sintomas e funcionamento do TOC,

levando os pacientes a conscientizarem-se sobre a situação e a pontuarem escores mais baixos; ao final da terapia é esperada a melhora dos sintomas, da qualidade de vida e das relações sociais, com conseqüentes pontuações mais altas nos escores avaliados (NIEDERAUER et al., 2007; CORDIOLI, 2014; BEHENCK, 2015).

## **6.6 Limitações do estudo**

Dentre as limitações deste estudo, encontra-se primeiramente o número de pacientes da amostra, visto que este é um estudo piloto e que houve uma perda na avaliação final. Seria necessário mais tempo para a avaliação de novos pacientes com TOC por meio do instrumento construído em outros grupos de TCC.

É importante destacar que as informações foram coletadas pela mesma avaliadora em todas as etapas e a partir do relato dos pacientes sobre o seu estado em dado momento.

## 7 CONCLUSÕES

A seleção prévia dos DEs foi norteadora para a definição de resultados durante o consenso, fortalecendo importância da acurácia diagnóstica na prática de enfermagem ambulatorial. O consenso de especialistas com 100% de concordância permitiu a seleção dos quatro resultados de enfermagem NOC, com 17 indicadores mais apropriados para a avaliação de pacientes com TOC em TCCG. O instrumento construído contendo as definições conceituais e operacionais de cada indicador para avaliação dos pacientes do grupo piloto confirmou a possibilidade para detectar diferenças em seus escores, sobretudo em questões abordadas durante a TCCG.

A partir da mensuração dos indicadores selecionados durante a TCCG, pôde-se observar a melhora dos sintomas relacionados à ansiedade, inquietação, concentração, indecisão, produtividade e excesso de responsabilidade relacionada à preocupação excessiva. Também, observou-se a diminuição da realização dos rituais, o estabelecimento de períodos determinados para realização de tarefas, e a utilização de estratégias de enfrentamento.

O instrumento construído contendo resultados e indicadores de enfermagem demonstrou-se sensível à captação da alteração dos sintomas ao longo do tratamento, sendo adequado para a avaliação dos resultados esperados para pacientes com TOC em TCCG.

Sugere-se a realização de estudos futuros com a aplicação por diferentes avaliadores do instrumento construído e em uma amostra maior de pacientes a fim de confirmar os achados encontrados no 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.
- ASBAHAR, F.R. et al. The Yale-brown obsessive compulsive scale. In: MIGUEL, E.C. **Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 219-230.
- AZZOLIN, K. et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 56-63, 2012.
- BAVARESCO, T.; LUCENA, A. F. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1109-1116, 2012.
- BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 383-391, 2002.
- BEHENCK, A. S. **Avaliação dos fatores terapêuticos de grupo e a resposta à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e transtorno obsessivo compulsivo**. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2015.
- BEHENCK, A. S.; GOMES, J. B.; HELDT, E. Patient Rating of Therapeutic Factors and Response to Cognitive-Behavioral Group Therapy in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. **Issues In Mental Health Nursing**, Scotland, v. 37, n. 6, p. 392-399, 2016.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução no 159, de 1993. **Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem**, Rio de Janeiro, RJ, abril. 1993. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html). Acesso em: 20 dez. 2014.
- 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 2016.
- BRAGA, D. T. et al. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Malden, v.112, no. 3, p. 180-186, 2005.
- BRAGA, D. T. et al. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 164-168, 2009.

BULECHEK, G. et al. **Nursing Interventions Classification**. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2016.

CORDIOLI, A. V. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. 293 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2002.

CORDIOLI, A. V. et al. Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Bologna, v. 72, n. 4, p. 211-216, 2003.

CORDIOLI, A. V. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, suppl. 2, p. 65-72, 2008.

CORDIOLI, A. V. (Org.). **TOC: manual de terapia cognitivo-comportamental para o Transtorno Obsessivo-compulsivo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 456 p.

CROSSETTI, M. G. O. et al. Pensamento crítico e raciocínio diagnóstico. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 19-33.

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.

HELDT, E. P. S.; RODRIGUES, J. A. Enfermagem psiquiátrica ambulatorial. In: TASCA, A. M. et al. **Cuidado Ambulatorial: consulta de enfermagem em grupos**. Rio de Janeiro: EPUB, 2006. p. 205-210.

HELDT, E. Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: 40 Anos de História. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 8-9, 2012.

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**. 2016. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/7907/2411/>>. Acesso em: 23 set. 2016.

LUNNEY, M. et al. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 353p.

- MANTOVANI, V. M. **Aplicação de resultados de enfermagem da Nursing Outcomes Classification na avaliação de pacientes em processo de cessação do tabagismo**. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2016.
- MARKS, I. M. et al. Nurse therapists in behavioural psychotherapy. **British Medical Journal**, London, v. 3, n. 5976, p. 144-148, 1975.
- MOORHEAD, S.; DOCHTERMAN, J. MC. Linguagens e desenvolvimento das ligações. In: JOHNSON, M. et al. **Ligações NANDA - NIC - NOC condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 1-10.
- MOORHEAD, S. et al. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 5. ed. St. Louis: Elsevier, 2016. 760 p.
- 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, esp., p. 4130-4137, 2013.
- NIEDERAUER, K. G. et al. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 271-278, 2007.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.
- PRAZERES, A. M.; SOUZA, W. F.; FONTENELLE, L. F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 262-270, 2007.
- RAFFIN, A. L. et al. Fatores preditores de resultados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo com as terapias comportamental e cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 1-20, 2008.
- RICHARDS, A. et al. Phase: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. **British Journal of General Practice**, London, v. 53, n. 495, p. 764-770, 2003.
- SALKOVSKIS, P. M. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. **Behavior Research and Therapy**, Oxford, v. 37, suppl. 1, p. 29-52; 1999.
- SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Produção de conhecimento sobre resultados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 122-6, 2010.
- SILVA, M. B. et al. Aplicabilidade clínica dos resultados de enfermagem na evolução de pacientes ortopédicos com mobilidade física prejudicada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 51-8, 2015.

- SOUZA, F.P. et al. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory - Revised (OCI-R). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 137-143, 2011.
- TASTAN, S. et al. Evidence for the Existing American Nurses Association- Recognized Standardized Nursing Terminologies: A Systematic Review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 51, n. 8, p. 1160-1170, 2014.
- THOMÉ, E. S. et al. Applicability of the NANDA-I and Nursing Interventions Classification Taxonomies to Mental Health Nursing Practice. **International Journal of Nursing Terminology Knowledge**, Chesnut Hill, v. 25, n. 3, p. 168-172, 2014.
- VITOR, A. F.; ARAÚJO, T. L. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 313-22, 2011.
- VIVAN, A. S. et al. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 111-118, 2014.



**APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados da 2ª etapa: avaliação dos pacientes**

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.

<b>Resultado NOC: Definição</b>								
<b>Indicadores</b>	<b>Magnitude da definição operacional</b>	<b>Sessão</b>	<b>Escala de graduação</b>					
			1	2	3	4	5	NA
<b>Título do indicador</b>  <b>Definição conceitual:</b>	1.	1						
	2.	6						
	3.	12						
	4.							
	5.							

## APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados dos 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? \_\_\_\_\_

### 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 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 - Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

*As questões de 1 a 5 são sobre **PENSAMENTOS OBSESSIVOS**.*

*Obsessões são ideias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes. Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.*

<p><b>1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS</b> Pesquisadora (P): <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i></p> <p>0 = Nenhum</p> <p>1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional</p> <p>2 = De 1 a 3 horas/dia ou freqüente</p> <p>3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito frequente</p> <p>4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p><b>4. RESISTÊNCIA CONTRA OBSESSÕES:</b> P: <i>Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i></p> <p>0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa.</p> <p>1 = Tenta resistir a maior parte das vezes</p> <p>2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p>3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p>4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p><b>2. INTERFERÊNCIA</b> provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS: P: <i>Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles?</i></p> <p>0 = Nenhuma</p> <p>1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado</p> <p>2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p>3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p>4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p><b>5. GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS:</b> P: <i>Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?</i></p> <p>0 = Controle total</p> <p>1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração</p> <p>2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões</p> <p>3 = Controle leve: raramente bem-sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade</p> <p>4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos</p>

**3. SOFRIMENTO** relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS: **P:** *Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras, mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições.)*

0 = Nenhuma

1 = Não atrapalha muito

2 = Incomoda, mas ainda é controlável

3 = Muito incômoda

4 = Angústia constante e incapacitante

Uso do entrevistador: \_\_\_\_\_

ESCORE OBSESSÕES: \_\_\_\_\_ (parcial)

As questões de 6 a 10 são sobre **COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**.

As **compulsões** são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

<p><b>6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS: P:</b> <i>Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</i></p> <p>0 = Nenhum</p> <p>1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos</p> <p>2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução frequente de comportamentos compulsivos)</p> <p>3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos</p> <p>4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos – muito numerosos para contar)</p>	<p><b>9. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES: P:</b> <i>Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</i></p> <p>0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa</p> <p>1 = Tenta resistir na maior parte das vezes</p> <p>2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p>3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p>4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p><b>7. INTERFERÊNCIA</b> provocada pelos <b>COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS: P:</b> <i>Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)</i></p> <p>0 = Nenhuma</p> <p>1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado</p> <p>2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p>3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p>4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p><b>10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO: P:</b> <i>Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</i></p> <p>0 = Controle total</p> <p>1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário</p> <p>2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade</p> <p>3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões</p> <p>4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p><b>8. SOFRIMENTO</b> relacionado aos</p>	

<p>COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS: <b>P:</b> <i>Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</i></p> <p>0 = Nenhum</p> <p>1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução</p> <p>2 = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução</p> <p>3 = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante a sua execução</p> <p>4 = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões</p>	<p>ESCORE COMPULSÕES: _____ (PARCIAL)</p> <p>TOTAL (OBSESSÕES + COMPULSÕES): _____</p>
---	--

## ANEXO B - Inventário de Obsessões e Compulsões Revisado (OCI-R)

As afirmações a seguir referem-se a experiências que muitas pessoas vivenciam diariamente. Assinale o número que melhor descreve O QUANTO a experiência mencionada tem lhe incomodado ou causado aflição NESTE ÚLTIMO MÊS. Os números referem-se às seguintes expressões verbais:

0 = Nenhum pouco	3 = Muito
1 = Um pouco	4 = Extremamente
2 = Moderadamente	

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Eu tenho acumulado tantas coisas que elas já estão me atrapalhando.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Eu verifico coisas mais vezes do que é necessário.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Eu fico chateado se os objetos não estão arrumados corretamente.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Eu sinto vontade de contar enquanto estou fazendo coisas.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Eu sinto dificuldade em tocar um objeto se sei que este já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Eu tenho dificuldades em controlar meus próprios pensamentos.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Eu coleciono coisas de que não preciso.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Eu verifico repetidamente as portas, janelas gavetas, etc.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Eu fico chateado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Eu sinto necessidade de repetir certos números.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Pensamentos desagradáveis que invadem minha mente contra a minha vontade me deixam chateado.              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Evito jogar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas em um outro momento.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los.                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Eu necessito de que as coisas estejam arrumadas em uma determinada ordem.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Eu acredito que há números bons e ruins.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Eu lavo as minhas mãos mais vezes que o necessário.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Eu tenho pensamentos impróprios com freqüência e tenho dificuldade em me livrar deles.                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Total de pontos: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Sessões de TCCG para TOC

<b>Quadro 2 - Protocolo de TCC em grupo para transtorno obsessivo-compulsivo</b>	
Sessão	Objetivos e procedimentos
1	Psicoeducação sobre TOC
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidemiologia, etiologia, impacto na vida pessoal e familiar</li> <li>• Identificar obsessões, compulsões e evitações através de uma <i>checklist</i></li> <li>• Modelo comportamental do TOC</li> </ul> <p><b>Tarefa para casa:</b> elaborar a lista dos sintomas (obsessões, compulsões e evitações); elaborar uma lista hierárquica dos sintomas, de acordo com o grau de ansiedade; ler a próxima sessão.</p>
3	<p>Terapia de exposição, prevenção de resposta (EPR) e habituação</p> <p>Exercícios práticos de EPR durante a sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocar em objetos considerados contaminados</li> <li>• Evocar pensamentos evitados (as obsessões)</li> </ul> <p><b>Tarefas para casa:</b> combinar tarefas de exposição a partir da lista individual; ler a próxima sessão.</p>
4	<p>Modelo cognitivo do TOC</p> <p>Trabalho sobre pensamentos automáticos e correção das crenças disfuncionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar as tarefas de EPR, aumentando o grau de dificuldade.</li> </ul> <p><b>Tarefas para casa:</b> identificar e registrar situações ativadoras, pensamentos automáticos e rituais; ler a próxima sessão.</p>
5	<p>Obsessões por sujeira ou contaminação, nojo, compulsões por limpeza, lavagens excessivas e evitações: avaliação exagerada do risco e da responsabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionamento socrático</li> <li>• Reatribuição e técnica de recálculo de probabilidades</li> </ul> <p><b>Tarefas para casa:</b> realizar as tarefas de EPR, aumentando o grau de dificuldade; identificar e registrar as crenças disfuncionais; realizar os exercícios de correção das crenças; usar os lembretes; ler a próxima sessão.</p>
6	<p>Pensamentos “impróprios” ou “maus” pensamentos: exagerar a importância dos pensamentos, a necessidade de controlá-los, o pensamento mágico, a fusão do pensamento e da ação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducação sobre hipervigilância</li> <li>• Questionamento socrático e testes comportamentais</li> </ul> <p><b>Tarefa para casa:</b> registrar os pensamentos disfuncionais; realizar tarefas de EPR; usar os lembretes; ler a próxima sessão.</p>
7	<p>Dúvidas, indecisão, compulsão por ordem simetria exatidão e alinhamento: o perfeccionismo e a necessidade de ter certeza.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercício de vantagens e desvantagens</li> <li>- Correção de crenças distorcidas de perfeccionismo e necessidade de ter certeza</li> </ul> <p><b>Tarefas mantidas para casa:</b></p>
8	<p>Colecionismo e acumulação</p> <p>Continuação e reforço nas seguintes situações</p> <p>Seguir tarefas de EPR, aumentando o grau de dificuldade e exercícios de crenças</p>
9	<p>O TOC e a família → sessão em conjunto com os familiares</p> <p>Psicoeducação sobre TOC e impacto na família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como o familiar pode auxiliar nas tarefas da TCC</li> </ul>
10	<p>Revisão das informações e estratégias para prevenir recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Automonitoramento</li> </ul>
11	<p>Prevenção de recaída, sessão reforço sobre as técnicas e recursos aprendidos</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encerramento; recursos da comunidade (associações, internet)</li> <li>• Combinar sessões de reforço e avaliar o tratamento</li> </ul>
Fonte: Heldt et al. (2008).	

## ANEXO D - Carta de aprovação do CEP do 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  
MARIÁ 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