



Universidades Lusíada

Coelho, Ricardo de Oliveira, 1994-

Perturbação obsessiva compulsiva em adultos : o impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais

<http://hdl.handle.net/11067/7212>

Metadados

Data de Publicação

2023

Resumo

Com o objetivo de contextualizar o presente estudo, importa referir que o trabalho aqui descrito tem como objetivo geral avaliar se a Perturbação Obsessiva Compulsiva tem impacto na qualidade de vida das pessoas com POC e por outro lado se esta patologia interfere negativamente com as relações interpessoais das pessoas com POC. Sendo um dos propósitos deste estudo responder a estas questões foram formuladas hipóteses que são respondidas no capítulo devido, nomeadamente em termos de questões mais ...

In order to contextualize the present study, it is important to mention that the work described here has the general objective of evaluating whether obsessive compulsive disorder has an impact on the quality of life of people with OCD and, on the other hand, whether this pathology interferes negatively with the interpersonal relationships of the people with POC. As one of the purposes of this study is to answer these questions, hypotheses were formulated that are answered in the appropriate chap...

Palavras Chave

Distúrbio obsessivo-compulsivo, Qualidade de vida, Relações humanas

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-30T23:34:38Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Perturbação obsessiva compulsiva em adultos:
o impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais**

Realizado por:
Ricardo de Oliveira Coelho

Orientado por:
Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Arguente: Prof.^a Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes

Dissertação aprovada em: 20 de novembro de 2023

Lisboa

2023



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Perturbação obsessiva compulsiva em adultos:
o impacto na qualidade de vida e nas relações
interpessoais**

Ricardo de Oliveira Coelho

Lisboa

Maio 2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Perturbação obsessiva compulsiva em adultos:
o impacto na qualidade de vida e nas relações
interpessoais**

Ricardo de Oliveira Coelho

Lisboa

Maio 2023

Ricardo de Oliveira Coelho

Perturbação obsessiva compulsiva em adultos:
o impacto na qualidade de vida e nas relações
interpessoais

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário
Domingos

Lisboa

Maio 2023

FICHA TÉCNICA

Autor Ricardo de Oliveira Coelho
Orientador Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos
Título Perturbação obsessiva compulsiva em adultos: o impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais
Local Lisboa
Ano 2023

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

COELHO, Ricardo de Oliveira, 1994-

Perturbação obsessiva compulsiva em adultos : o impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais / Ricardo de Oliveira Coelho ; orientado por Manuel Carlos do Rosário Domingos. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - DOMINGOS, Manuel Carlos do Rosário Domingos, 1953-

LCSH

1. Distúrbio obsessivo-compulsivo
2. Qualidade de vida
3. Relações humanas
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Obsessive-compulsive disorder

2. Quality of life

3. Interpersonal relations

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC533.C64 2023

Agradecimentos

O período da minha vida em que frequentei a licenciatura, e posteriormente, o mestrado, em Psicologia Clínica, dificilmente poderia ter tido mais altos e baixos.

Tive períodos de grande entusiasmo, balançando com períodos de menor fulgor acadêmico, no entanto o objetivo sempre esteve definido, e nunca deixou de ser o único destino possível, academicamente falando. Este dia era esperado há muito, por mim, e muito pelos meus pais, que nunca me deixaram cair, e também por eles estou aqui hoje.

Quero em primeira instância agradecer ao meu orientador por todo o apoio, suporte e motivação que me deu ao longo deste período.

Agradecer também a todo o corpo docente, na pessoa da Prof. Dra. Túlia Cabrita, que fizeram parte do meu percurso acadêmico, e que tanto o enriqueceram.

Quero agradecer a todos os meus familiares e amigos que sempre me apoiaram e, em nenhum momento me deixavam esquecer que tinha uma tese para fazer.

Agradecer ao meus pais por nunca me terem deixado desistir, mas acima de tudo por nunca terem desistido de mim, mesmo nos momentos que eu próprio achei que eles o iriam fazer.

Quero agradecer ao meu melhor amigo, que é como um irmão, que sempre me deu o suporte, confiança, amizade, lealdade, para eu acreditar que em qualquer circunstância ele estaria comigo, e que me transmite todos os dias pelo seu exemplo de coragem, esforço, sacrifício e determinação que somos capazes de fazer tudo, com persistência, sem desistir.

Por fim, quero agradecer a mim próprio, pois só eu sei o quanto foi duro chegar aqui, só eu sei o quanto vai ser duro chegar onde eu quero, e acima de tudo só eu sei os obstáculos que enfrentei, que enfrento, e que certamente irei enfrentar o resto da vida, para conseguir

alcançar tudo aquilo que mereço. Na verdade tenho em mim todos os sonhos possíveis, e há quem diga que os impossíveis também, quem sabe, no fim da viagem fazemos as contas.

Resumo

Com o objetivo de contextualizar o presente estudo, importa referir que o trabalho aqui descrito tem como objetivo geral avaliar se a Perturbação Obsessiva Compulsiva tem impacto na qualidade de vida das pessoas com POC e por outro lado se esta patologia interfere negativamente com as relações interpessoais das pessoas com POC.

Sendo um dos propósitos deste estudo responder a estas questões foram formuladas hipóteses que são respondidas no capítulo devido, nomeadamente em termos de questões mais específicas, particularmente em que domínios da qualidade a POC tem mais impacto e em que tipo de relações interpessoais a POC pode afetar e interferir negativamente.

Para a avaliação e apuramento de resultados foram aplicadas duas escalas; e escala de avaliação da qualidade de vida amplamente conhecida, a escala Whoqol-bref, mas na versão mais reduzida e para a avaliação em termos de relações interpessoais aplicou-se a escala ECR-RS. Estas escalas foram aplicadas a 56 pessoas com POC, com mais de 18 anos e com uma média de idades de 30, 8 com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos. Importa referir que a escala ECR-RS é uma escala de aplicação geral à população e não especificamente a pessoas com POC.

Os resultados do presente estudo apontam em termos de avaliação da qualidade de vida para a confirmação das hipóteses formuladas neste âmbito no trabalho aqui apresentado, assim como coincidem com os resultados obtidos em estudos similares e na literatura. A POC afeta a qualidade de vida das pessoas portadoras desta doença de forma negativa.

Espera-se que este estudo venha reforçar a necessidade de mais estudos e aprofundamento da POC, sobretudo pelo seu grau de incapacidade que resulta numa vida para muitas pessoas preenchidas com muito sofrimento. Ao mesmo tempo mais estudos sobre a POC e a associação à qualidade de vida e relações interpessoais e a outras variáveis

constitui um meio de ampliar o conhecimento da sociedade sobre esta doença que permita procurar respostas de tratamento cada vez mais eficazes.

Palavras-chave: Saúde mental; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Qualidade de vida; Relações interpessoais.

Abstract

In order to contextualize the present study, it is important to mention that the work described here has the general objective of evaluating whether obsessive compulsive disorder has an impact on the quality of life of people with OCD and, on the other hand, whether this pathology interferes negatively with the interpersonal relationships of the people with POC.

As one of the purposes of this study is to answer these questions, hypotheses were formulated that are answered in the appropriate chapter, namely in terms of more specific questions, particularly in which quality domains the POC has more impact and what type of interpersonal relationships the POC can affect and interfere negatively.

For the evaluation and calculation of results, two scales were applied; and the widely known quality of life assessment scale, the Whoqol-bref scale, but in its shorter version and for assessment in terms of interpersonal relationships, the ECR-RS scale was applied. These scales were applied to 54 people with OCD, over 18 years old and with an average age of 30, 8 aged between 18 and 53 years old. It should be noted that the ECR-RS scale is a scale for general application to the population and not specifically to people with OCD.

The results of the present study, in terms of assessing quality of life, point to the confirmation of the hypotheses formulated in this context in the work presented here, as well as coinciding with the results obtained in similar studies and in the literature.

It is hoped that this study will reinforce the need for further studies and deepening of POC, which mainly due to its degree of disability results in a life filled with much suffering for many people. At the same time, more studies on POC and the association with quality of life and interpersonal relationships and other variables constitute a means of expanding society's knowledge about this disease, which will allow the search for increasingly effective treatment responses.

Keywords: Mental health; obsessive-compulsive disorder; Quality of life;

Interpersonal relationships

Lista de Tabelas

Tabela 1 <i>Caracterização da amostra</i>	46
Tabela 2 <i>Consistência interna domínios da qualidade de vida</i>	47
Tabela 3 <i>Domínio de avaliação da qualidade de vida</i>	48
Tabela 4 <i>Comparação do evitamento</i>	49
Tabela 5 <i>Comparação da Ansiedade</i>	50
Tabela 6 <i>Comparação do evitamento e ansiedade</i>	51

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

DSM-V - Manual de Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais

OMS - Organização Mundial de Saúde

POC - Perturbação Obsessiva Compulsiva

QV - Qualidade de vida

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract	IX
Lista de Tabelas	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XIII
Sumário	XV
Introdução	1
Enquadramento Teórico	5
Perturbação obsessiva compulsiva	5
Qualidade de vida	13
Qualidade de vida das pessoas com POC	20
As relações interpessoais em pessoas com POC	27
Objetivos do estudo	35
Hipóteses	36
Método	37
Design	37
Participantes	37
Instrumentos	37
Resultados	45
Caracterização da amostra	45
Ansiedade	49
Discussão de Resultados	53
Conclusão	67
Limitações e contributos	70
Implicações clínicas	72
Sugestões para futuras investigações	74
Referências	77
Apêndices	81
Lista de Apêndices	83
Apêndice A	85
Apêndice B	89
Anexos	93
Lista de Anexos	95
Anexo A	97

Anexo B.....103

Introdução

A POC passou a integrar no DSM-V um capítulo distinto e separado do que existia na versão DSM- IV, no qual a POC estava integrada nas Perturbações da Ansiedade.

Atualmente, a POC integra no DSM-V (2013) o capítulo “Perturbações obsessivas compulsivas e perturbações relacionadas”. Na versão nova da APA (2013) inclui a POC, bem como duas novas categorias: a perturbação de acumulação e a perturbação de escoriação (Skinpicking).

De acordo com o DSM-V, a POC define-se pela presença de obsessões ou compulsões ou ambas. As obsessões podem ser definidas e podem compreender pensamentos, imagens recorrentes e persistentes que são perspetivas pela pessoa como indesejáveis e intrusivas causando ansiedade. Por outro lado e segundo o DSM -V, em consequência das obsessões, o doente sente-se compelido a fazer algo para reduzir a ansiedade, realizando assim os rituais, que no fundo são comportamentos repetitivos frequentemente realizados como resposta às obsessões e também com o objetivo de reduzir a ansiedade, embora por um período curto (APA, 2013).

A OMS considerou a POC como uma das 10 doenças mais incapacitantes sobretudo pelo seu impacto relevantes em vários domínios da qualidade de vida.

Percebe-se então que esta perturbação tem um impacto profundo nos doentes, agravado muitas vezes pela presença de outras comorbilidades, nomeadamente perturbações da ansiedade e de humor, depressão, perturbações no controlo de impulsos e de abuso de substâncias .(Cowen et al., 2012).

De acordo com os mesmos autores, não se verifica uma diferença significativa na prevalência entre o sexo feminino e masculino, contudo o início geralmente é mais precoce

no sexo masculino. O desenvolvimento da POC tende a ser gradual, com um curso crónico e variações de aumento e diminuição de sintomas . (Cruz et al., 2013)

Uma das questões deste estudo está relacionada com a avaliação do impacto da POC na qualidade de vida das pessoas doentes, perspetivando o conceito de qualidade de vida da OMS como a perceção da pessoa sobre a sua inserção na vida, no contexto, no sistema de valores e objetivos. De realçar que a qualidade de vida é afetada por várias determinantes e sofre impacto de uma diversidade de fatores, nomeadamente a existência de perturbações mentais (OMS, 1998).

De referir que os estudos existentes sobre o impacto da POC na qualidade de vida das pessoas apontam os domínios sociais e psicológicos como os mais afetados pela doença na qualidade de vida, assim como impactos ao nível da autoestima (Vivan et al., 2013).

Diversas investigações apontam como consequências negativas e prejuízos na vida da pessoa com POC a diminuição da autoestima e bem-estar, assim como interferência negativa nas atividades diárias e sociais, afetando assim a qualidade de vida da pessoa e a qualidade das suas relações interpessoais (Vivan et al., 2013).

Este trabalho pretende servir de reforço e alerta para a necessidade de mais investigações e estudos acerca do impacto da POC na qualidade de vida, mas sobretudo nas relações interpessoais, uma vez que nesta temática existem muitos poucos estudos (Campbell, 2016). Na realidade, conhecendo o real impacto da POC na vida das pessoas, quer em termos de qualidade de vida, quer no plano das relações interpessoais é possível traçar planos terapêuticos que incluam estas vertentes, nomeadamente na avaliação da pessoa e naturalmente, na intervenção (Campbell, 2016).

O presente estudo encontra-se dividido em várias partes, em primeiro lugar está presente o enquadramento teórico onde são abordados vários temas, nomeadamente um

enquadramento conceptual e teórico da POC, sintomas, obsessões, rituais, processos de pensamento, assim como uma breve explicação da etiologia multifactorial da doença.

De seguida explora-se o conceito de qualidade de vida e os domínios que compreendem a sua avaliação. Posteriormente e caminhando para o particular e para tópicos mais específicos, particularmente a qualidade de vida em pessoas com POC, recorrendo a literatura existente e estudos já efetuados nesta área que avaliam o impacto da POC na qualidade de vida da pessoa. Ainda no enquadramento teórico aborda-se o tema das relações interpessoais das pessoas com POC, a qualidade das relações, questões de evitamento e ansiedade nas relações e igualmente o impacto da POC nas relações interpessoais.

Em seguida são apresentados os objetivos gerais e específicos deste estudo que associam a POC à qualidade de vida e relações interpessoais.

Posteriormente, é identificado o método deste estudo, nomeadamente, procedimento, amostra e instrumentos utilizados e aplicados à amostra do estudo.

Em seguida, são apresentados os resultados que se obtiveram através da análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach, o teste t de Student para uma amostra e a Anova de medidas repetidas. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

A análise estatística foi efectuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0 para Windows.

Após a apresentação dos resultados, segue-se a discussão de resultados, na qual de forma mais aprofundada se analisa, numa abordagem compreensiva os resultados obtidos,

assim como se realiza uma comparação dos resultados deste estudo, quer com a literatura existente, quer com outros estudos acerca deste tópico.

Uma das partes finais do trabalho é constituído pela conclusão que pretende realizar um balanço do estudo, uma perspetiva geral do tema da investigação e dos seus respetivos resultados.

Existe ainda lugar para as limitações do estudo e contributos deste estudo para a área estudada, assim como eventuais implicações clínicas que podem apontar novos caminhos na área da POC. Também se dão sugestões para futuras investigações associadas ao tema deste estudo.

Enquadramento Teórico

Perturbação obsessiva compulsiva

A Perturbação obsessiva compulsiva tradicionalmente designada POC inseria-se na categoria das Perturbações de Ansiedade e caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões, embora frequentemente seja constituída por ambas (Scholl et al., 2017).

A POC passou a integrar no DSM-V um capítulo distinto e separado do que existia na versão DSM- IV, no qual a POC estava integrada nas Perturbações da Ansiedade.

Atualmente, a POC integra no DSM-V o capítulo “Perturbações obsessivas compulsivas e perturbações relacionadas”. Na versão nova da APA, este novo capítulo inclui a POC, bem como duas novas categorias: a perturbação de acumulação e a perturbação de escoriação (APA, 2013).

Segundo o DSM-V a POC define-se pela presença de obsessões ou compulsões ou ambas. As obsessões podem ser definidas e podem compreender pensamentos, imagens recorrentes e persistentes que são perspetivas pela pessoa como indesejáveis e intrusivas causando sofrimento e ansiedade (APA, 2013). As compulsões de acordo com o DSM-V (2013) são comportamentos ou atos mentais repetitivos que a pessoa se sente quase que obrigada a efetuar como resposta às obsessões, sendo que estas ações e comportamentos têm como finalidade prevenir ou diminuir a ansiedade e o sofrimento.

De acordo com a perspetiva de Stein et al (2019), a POC constitui uma condição com uma prevalência relativamente alta e trata-se uma perturbação crónica que implica uma grande incapacidade no funcionamento da pessoa. Por outro lado, é de considerar segundo os mesmos autores, a existência de muitas pessoas não diagnosticadas e por isso sem tratamento.

É imperativo na POC uma avaliação individualizada e detalhada dos sintomas da pessoa, o grau de insight da pessoa, a severidade dos sintomas, a existência de outras

comorbilidades e naturalmente o impacto da doença no funcionamento psicossocial da pessoa (Stein et al., 2019).

Segundo Cowen et al. (2012), na POC podem estar também presentes ruminação, impulsos e rituais relacionados com as obsessões.

A POC é uma perturbação marcada pela presença de ideias, pensamentos, imagens ou representações recorrentes e persistentes. Estes pensamentos impõem-se na mente da pessoa e são extremamente difíceis de eliminar e assumem a designação de obsessões. O mesmo autor realça o facto de na maioria das vezes, a pessoa fazer um esforço intenso para ignorar estes pensamentos ou procurar neutralizar através de outros pensamentos ou ações, mas muitas vezes, sem sucesso. As obsessões assumem também a forma de preocupações intrusivas não desejadas que são sentidas pela pessoa como perturbadoras e geradores de ansiedade (Holzer, 2016).

Segundo Fernandes e Carvalho (2016), a POC compreende, portanto, ideias obsessivas e ou comportamentos compulsivos recorrentes, que comprometem e perturbam a pessoa, consumindo muito tempo e naturalmente refletindo-se de modo negativo na sua qualidade de vida.

De acordo com Cordioli (2014) esta perturbação é considerada grave e muitas vezes incapacitante e surge frequentemente por volta da adolescência e tende a aumentar severamente a sua gravidade quando não diagnosticada e intervencionada. Segundo o mesmo autor, os sintomas podem apresentar flutuações, quer em intensidade, quer em frequência.

Na perspectiva de Machado et al (2016) as consequências mais comuns da POC têm efeito na autoestima, bem-estar, interferências negativas na vida escolar, académica, familiar, social e afetiva da pessoa e frequentemente na grande dificuldade e por vezes incapacidade de

realizar atividades rotineiras, o que naturalmente tem repercussões graves na qualidade de vida da pessoa com POC.

As investigações de Stein et al. (2019), referem a importância da Psicoeducação na intervenção com pessoas com POC e respetivas famílias, pois para além de ajudar a pessoa e a família a compreender melhor a doença, o seu funcionamento, curso e prognóstico, transmite informação também essencial acerca do processo terapêutico e técnicas de intervenção.

Por outro lado, e de acordo com as investigações dos mesmos autores, a psicoeducação serve também o objetivo de procurar normalizar a doença em termos de prevalência, sensibilizando a pessoa e a família de que a POC é uma perturbação cada vez mais comum e mais estudada e compreendida. A par deste tipo de informação, a pessoa é também informada que a terapia farmacológica e não farmacológica permite a redução parcial dos sintomas, a intensidade e frequência dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida (Stein et al., 2019).

Segundo Stein et al.(2019) trata-se de uma das patologias em que as pessoas frequentemente levam algum tempo a procurar ajuda, apontando-se a vergonha, o constrangimento sobre a estranheza dos sintomas como alguns dos fatores que constituem obstáculos para a procura de ajuda em tempo útil.

De acordo com (Pajouhinia et al., 2020), a POC constitui uma perturbação de foro psiquiátrico cada vez mais comum ou mais diagnosticada, definida de forma simples pela presença de obsessões e compulsões, ou ambas, frequentemente com forte impacto e interferência negativa no funcionamento diário das pessoas. Segundo os mesmos autores as obsessões compreendem pensamentos, imagens ou ideias que são vivenciadas como intrusivas, indedejáveis e perturbadoras .

O conteúdo das obsessões varia de pessoa para pessoa, contudo de acordo com as investigações de (Pajouhinia et al., 2020), o conteúdo das obsessões mais frequentes estão associadas a contaminação, necessidade de verificação, pensamentos inaceitáveis de conteúdo sexual, religioso ou agressivo, obsessões de simetria e de ordem. Neste sentido na perspectiva dos mesmos autores, a POC é sobretudo uma perturbação do processamento cognitivo e emocional, na qual as pessoas experienciam pensamentos perturbadores indesejados que causam ansiedade e muito desconforto.

De acordo com Abramowitz & Jacoby (2015) o conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos afetados. No entanto, existem certos temas/dimensões que são frequentemente identificados, como: os de limpeza fruto da presença de obsessões por contaminação simetria, onde estão presentes obsessões por simetria e compulsões por exemplo de repetição, organização e /ou contagem. Segundo os mesmos autores, existem também pensamentos obsessivos associados a temáticas agressivas, sexuais ou religiosas e por último obsessões associadas ao medo de provocar dano a si mesmo ou a outros .

As compulsões que assumem a forma de atos mentais são designadas compulsões mentais, por exemplo, rezar, contar, repetir palavras ou frases em silêncio, relembrar várias vezes um acontecimento. Este tipo de atos é realizado com a mesma finalidade das compulsões traduzidos em comportamentos, ou seja, reduzir ou eliminar a ansiedade provocada pela obsessão ou afastar a possibilidade de um perigo ou ameaça real ou imaginária (Cordioli, 2014).

De acordo com Cruz et al. (2013) é no sexo masculino que a POC tem início mais precoce, tendo muitas vezes um desenvolvimento gradual, com um curso crónico e variações de aumento e diminuição de sintomas.

Na perspetiva de Barzilary et al., (2018), a POC pode-se iniciar na infância ou na idade adulta. Na infância, parece ser mais frequente no sexo masculino .

De acordo com Cowen et al. (2012), aproximadamente 2/3 dos doentes melhoram no primeiro ano, mas quando não melhoram no prazo de um ano, alguns seguem um curso com bastantes oscilações e outros tornam-se crónicos.

Na perspetiva de Holzer (2016) a pessoa com POC reconhece que as obsessões são fruto dos seus pensamentos enviesados e irracionais o que aumenta o sofrimento e a incompreensão em relação à própria doença.

As obsessões são experienciadas pela pessoa como muito desagradáveis e perturbadoras e são frequentemente acompanhadas por medo, angústia, culpa, desconforto ou nojo (Cordioli, 2014).

Importa também referir a noção de evitamento muito associada à POC, constitui um sintoma da perturbação e que por vezes é mais difícil de identificar. Os evitamentos são atos voluntários da pessoa destinados a impedir o contacto direto ou imaginário com pessoas, objetos, situações, locais, pensamentos ou imagens percebidas como perigosas ou indesejadas (Cordioli, 2014).

Na realidade o que acontece nesta patologia é que existe uma hipervigilância da pessoa em relação aos pensamentos perturbadores e a pessoa afeta a esses pensamentos muito tempo e atenção, no sentido de os afastar (Scholl et al., 2017). Contudo, segundo a perspectiva dos mesmos autores este processo tem o efeito inverso, de aumentar a intensidade e frequências dos pensamentos indesejados .

Por outro lado, é também comum em pessoas com POC demorarem muito tempo a tomar decisões ou concluir uma tarefa, sendo este tipo de comportamento designado de

lentidão obsessiva que conduz algumas pessoas a dedicarem-se a determinados atos e tarefas de forma quase interminável (Scholl et al., 2017).

Alguns fatores são referidos na literatura como sendo responsáveis pela manutenção da POC, nomeadamente relacionados com o excesso de responsabilidade, ou seja, a pessoa cria avaliações disfuncionais das situações e tem a crença de que tem poder decisivo para provocar ou impedir que alguns acontecimentos se realizem (Holzer,2016).

De acordo com o mesmo autor, também a intolerância à incerteza é decisiva para a manutenção da doença, a dificuldade de tolerar a incerteza de acontecerem situações negativas no futuro, independentemente da pouca probabilidade, traduzindo assim a dificuldade da pessoa em lidar com ambiguidades e dúvidas (Holzer,2016).

A avaliação de forma exagerada e o poder que a pessoa com POC dá aos seus pensamentos e à necessidade de os controlar é também um fator de reforço e manutenção da POC, o que significa que a pessoa acredita que a existência de um pensamento indica que ele é importante e potencialmente verdadeiro, se a pessoa pensa algo é por algum motivo, porque provavelmente isso pode acontecer (Holzer, 2016).

Muitas pessoas com POC consideram-se responsáveis quando não conseguem controlar os pensamentos que têm e quando não os conseguem controlar interpretam este facto como um falhanço, acreditando que na realidade é possível poder controlar os pensamentos que se tem (Cordioli, 2014). Neste sentido, quando a pessoa não consegue controlar o pensamento, acredita que o seu pensamento assume uma intensa probabilidade de acontecer, este é o designado processo fusão pensamento- ação (Cordioli, 2014).

De acordo com Halvaiepour e Nosratabadi (2016) , as investigações na área da POC sugerem que constitui a 4ª perturbação mental mais comum, depois das fobias, abuso de substâncias e depressão major.

A POC é uma doença crónica e incapacitante e nesta medida implica um acompanhamento e tratamento específico e diferenciador, ou seja, exige a combinação de intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas, de modo isolado ou complementar, mas regra geral, a combinação dos dois tipos de intervenção constitui um fator de bom prognóstico (Martins et al., 2016).

No âmbito do tratamento e intervenção na POC, a Terapia Cognitiva Comportamental, tem vindo a demonstrar nas diversas investigações na área, bons resultados e eficácia com esta terapia, aliando técnicas cognitivas e comportamentais, destas últimas destaca-se a EPR, técnica de exposição e prevenção de respostas (Rodrigues et al., 2018).

Na perspetiva do mesmo autor, a TCC aplicada à POC foca-se sobretudo os pensamentos automáticos catastróficos, assim como nas tentativas de neutralização que o paciente faz por exemplo através de rituais, bem como na intervenção na flexibilização de crenças disfuncionais (Rodrigues et al., 2018).

Nos estudos acerca da POC, a cognição social é um fator de grande importância na neurocognição associada aos sintomas obsessivos compulsivos, ou seja, a capacidade de reconhecer as emoções em si próprio e nos outros e a capacidade deste fator interferir no estado mental da pessoa que está relacionado também com a competência da pessoa em interagir com os outros e gerir emoções nas relações interpessoais (Pajouhinia et al., 2020).

As investigações sugerem que quanto maior for a flexibilidade cognitiva e a cognição social da pessoa, menor gravidade de sintomas obsessivo compulsivos a pessoa apresenta (Pajouhinia et al., 2020).

Segundo a perspetiva de Macedo et al.(2016), uma das características mais presentes na POC é a designada dúvida patológica, a segunda apresentação mais comum que compreende preocupações constantes, intrusivas e persistentes acerca da possibilidade de que

algo que a pessoa possa fazer ou não fazer possa desencadear algo negativo para si ou para os outros .

Para além disso e segundo os mesmos autores no fundo a dúvida obsessiva pode ser considerada como a recorrente percepção da pessoa de que se encontra numa situação de ameaça ou erro. Esta questão constitui segundo Macedo et al. (2016), o verdadeiro núcleo dos fenómenos obsessivos .

Para além de outros diagnósticos diferenciais que são necessários realizar na avaliação e diagnóstico da POC, um dos mais comuns está relacionado com a Perturbação da Personalidade obsessiva compulsiva (PPOC) que está baseado sobretudo na distinção entre sintomas e traços obsessivo- compulsivos (Macedo et al., 2016). De acordo com estes autores e outros estudados no âmbito desta investigação, é a presença de efetivas obsessões e compulsões que permite o diagnóstico correto da POC.

Nos estudos de Oliveira et al., foi investigada a relação entre a pandemia Covid-19 e eventuais mudanças na gravidade dos sintomas das pessoas com POC, concluindo-se neste estudo que as pessoas com POC do referido estudo não sofreram alterações, quer em frequência, quer em intensidade dos sintomas obsessivo- compulsivos. Portanto em concreto neste estudo não se confirma a hipótese de que o ambiente mais ameaçador vivido na pandemia tenha aumentado a gravidade dos sintomas em pessoas com POC (Moreira-de-Oliveira et al., 2022)

Uma das hipóteses avançadas neste estudo para explicar este facto prende-se com o facto de que as pessoas com POC e em tratamento apresentam mais recursos para lidar com a percepção ou existência de ambientes potencialmente mais perigosos e ameaçadores, uma vez que lidam com o medo e a incerteza em níveis mais elevados do que a maioria das pessoas (Moreira-de-Oliveira et al., 2022)

De acordo com Brunblatt et al., (2018) a etiologia da POC é multifatorial, envolvendo componentes ambientais e genéticos. De acordo com os mesmos autores, estudos efetuados nesta área indicam que há um risco maior de desenvolver esta perturbação, quatro vezes superior, se os familiares de 1º grau também tiverem esta patologia. Por outro lado, verificou-se associações da POC com vários genes.

Várias investigações referidas por Brunblatt et al. (2018), apontam para a ideia de que doentes com POC que sentem um nível de ansiedade muito intensa, tinham também menores níveis de cortisol basal matinal, sendo este facto indicador de uma pior adaptação ao stress. De acordo com os mesmos autores, existe atualmente consenso na comunidade científica da necessidade de expandir os estudos nesta área. As certezas que para já existem é que a POC tem uma origem multifatorial que compreende fatores genéticos, ambientais e eventuais alterações estruturais do cérebro (Brunblatt., 2018).

Também na perspetiva dos mesmos autores, estudos efetuados na área da epigenética da POC afirmam que existe um risco mais elevado de ter esta perturbação, se existirem familiares de 1ª grau com POC.

Segundo Fernandes, A POC constitui uma condição que pode ser muito incapacitante, sobretudo devido ao sofrimento implicado na vivência desta doença e paralelamente o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, apresentando muitas pessoas com POC um compromisso relevante, sobretudo nas áreas psicológica e social, muito superior ao de outros grupos de doenças (Fernandes & Carvalho, 2016).

Qualidade de vida

O Conceito de qualidade de vida é um conceito eminentemente humano, que tem sido aproximado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e

à própria estética existencial. Este conceito é muito amplo, atravessa várias ciências e tem diferentes aplicações (Pereira et al., 2012).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) a qualidade de vida pode ser definida como a maneira que o indivíduo percebe a sua posição na vida, no seu contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive, os seus objetivos, padrões e preocupações, sendo um conceito subjetivo e com posições positivas ou negativas. Dada a sua natureza subjetiva, a Qualidade de Vida assume diferentes significados para diferentes indivíduos, em locais e momentos distintos da vida.

Segundo Hou et al., o conceito de qualidade de vida da OMS constitui um conceito multidimensional que abrange várias áreas e domínios que incluem saúde física, o estado psicológico, o nível de autonomia e independência, o ambiente e as relações sociais que no fundo estão incluídos nos vários domínios de avaliação da qualidade de vida (Hou et al., 2010).

Segundo Chaudhury, o conceito de qualidade de vida tem uma importância ímpar na área médica, baseado na permissão de em vez de dar mais anos à vida, dar mais vida aos anos. Assim, de acordo com os mesmos autores, o conhecimento da experiência subjetiva da pessoa é tão importante como a avaliação dos sintomas (Chaudhury et al., 2018).

Nas doenças psiquiátricas existem fatores que são preditores de maior sucesso no tratamento e por conseguinte uma melhor perceção da qualidade de vida, nomeadamente a capacidade funcional média, funcionamento social médio e sintomas menos graves da doença (Chaudhury et al., 2018).

De outro lado, existem fatores preditivos de menos eficácia e sucesso no tratamento, concretamente um mau funcionamento psicossocial, sintomas mais graves da doença e rede social pobre (Chaudhury et al., 2018).

Assim, a maior severidade está associada a pior percepção da qualidade de vida e vice versa, contudo importa também no curso do tratamento ir avaliando a percepção da qualidade de vida da pessoa doente, na medida em que constitui um indicador valioso, também sobre o bom curso do tratamento (Chaudhury et al., 2018).

De acordo com Haraldstad et al., a qualidade de vida apresenta-se como um conceito e um objeto de pesquisa significativo para os investigadores e cada vez mais relevante na área da saúde. Na verdade, compreender a importância da qualidade de vida na doença é essencial para procurar intervir na melhoria da sintomatologia das pessoas com o objetivo, nomeadamente de aliviar a sintomatologia e promover a reabilitação e tratamento (Haraldstad et al., 2019).

Os anos 80 marcaram temporalmente o grande interesse e investimento na área da qualidade de vida, sendo que os questionários de avaliação da qualidade de vida incluíam apenas perguntas subjetivas de percepção pessoal (Vasconcelos et al., 2020).

A crescente preocupação com o conceito de qualidade de vida e sua avaliação foi sobretudo impulsionada pelo movimento das ciências sociais e humanas, embora outras tenham também tido um papel importante na investigação deste conceito (Pereira et al., 2012).

Os primeiros estudos acerca da QV focaram-se em identificar os domínios que podiam integrar este conceito e foram criadas 12 dimensões relativamente à qualidade de vida, concretamente, comunidade, educação, vida familiar, relações de amizade, saúde, habitação, casamento, País, self, padrão de vida e trabalho (Canavarro et al., 2010).

Uma das coisas partilhadas por todos os investigadores sobre esta temática esteve relacionada com a procura e identificação de parâmetros e determinantes mais amplas que estivessem incluídas no conceito de qualidade de vida (Pereira et al., 2012).

A definição atual de qualidade de vida é fruto de um consenso internacional que traduz um conceito multidimensional que compreende a influência da saúde física e psicológica, o nível de independência, as relações pessoais, a relação da pessoa no contexto e meio onde se envolve e a avaliação subjetiva do indivíduo da sua qualidade de vida (Khol,2020).

Muitos estudos e diferentes compreensões do conceito de qualidade de vida têm sido estudados e criados, existindo alguns elementos transversais a todos eles, concretamente a percepção do valor da própria vida, fator que é influenciado por várias variáveis (Buheji, 2019).

O interesse neste conceito e estudo assume especial importância na área da saúde e conduziu a OMS a reunir um conjunto de investigadores internacionais de 15 diferentes culturas, com o intuito de debater o conceito de qualidade de vida e construir um instrumento para a sua avaliação (Buheiji, 2019). Nasce assim o WHOQOL Group.

Do trabalho deste grupo resulta o instrumento WHOQOL- 100 que parte de 3 premissas centrais, por um lado a abrangência e multidimensionalidade do conceito, a existência de uma medida quantitativa, fiável e válida que possa ser aplicada a diferentes populações e por último, a integração no instrumento de fatores que afetem ou influenciem a qualidade de vida das pessoas (Rôla et al., 2018).

Este instrumento desenvolvido, o WHOQOL-100 trata-se de uma medida genérica que assenta em 6 domínios diferentes, respetivamente, físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, assim como 4 itens que avaliam a satisfação global com a qualidade de vida e paralelamente a percepção geral de saúde (Rôla et al., 2018).

Os estudos acerca da qualidade de vida incidiram ao longo do tempo particularmente baseados em 4 abordagens; económica, psicológica, biomédica e holística ou geral. Deste modo, de acordo com os mesmos investigadores a qualidade de vida integra a noção de bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, que compreende igualmente as relações sociais, a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida (Pereira et al., 2012).

A definição atual de qualidade de vida é fruto de um consenso internacional que traduz um conceito multidimensional que compreende a influência da saúde física e psicológica, o nível de independência, as relações pessoais, a relação da pessoa no contexto e meio onde se envolve e a avaliação subjetiva do indivíduo da sua qualidade de vida (Khol,2020).

Muitos estudos e diferentes compreensões do conceito de qualidade de vida têm sido estudados e criados, existindo um elemento transversal a todos eles, a relação emocional da pessoa com o seu ambiente, mediado pelas emoções e percepção do sujeito em relação à satisfação com a vida, e nível de autorrealização. Também a percepção do valor da própria vida faz parte deste conceito, embora se manifeste como um sentimento pessoal é afetado por indicadores e variáveis, nomeadamente económicas (Buheji, 2019).

De acordo com Gómez e Caballero (2021), a importância e o interesse de identificar a influência de variáveis que podem afetar a qualidade de vida das pessoas, conduziu os investigadores a ampliarem os estudos acerca da QV em contextos distintos. O conceito de qualidade de vida assume vários significados mais restritos ou alargados, dependendo das áreas da vida da pessoa que se pretendem avaliar, assim, também é perceptível porque este conceito é parte integrante da vida social, económica e cultural. O conceito de qualidade de vida tem vários significados de maior ou menor amplitude, dependendo do espectro de áreas da vida de uma pessoa incluídas em sua avaliação. Esse conceito faz parte da vida social e

dos processos econômicos e culturais envolvidos, o que gerou uma série de controversias e inconsistências na maneira de entender e, portanto, na forma de abordar seu estudo. Como é possível perceber ao longo deste capítulo todos os investigadores concordam que a qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui vários domínios e esferas da vida das pessoas (Gómez e Caballero, 2021).

O domínio físico inclui itens relacionados com o esforço físico, atividades de vida diárias, sintomas físicos, entre outros, seguindo-se o domínio psicológico associado a emoções e sentimentos positivos e negativos, ansiedade, funcionamento cognitivo e comportamentos, assim como processos de tomada de decisão (Gómez e Caballero, 2021).

Acrecenta-se a estes domínios já explorados, também o domínio social que contempla as relações sociais, o apoio social, relações familiares, participação ativa na sociedade e/ou em grupos e o domínio ambiental que compreende as condições materiais da vida das pessoas, recursos económicos, acesso a cuidados de saúde, entre outros (Gómez e Callabero, 2021).

O instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) para a avaliação da qualidade de vida foi desenvolvido em coerência com a definição da OMS.

O interesse neste conceito e estudo assume especial importância na área da saúde conduziu a OMS a reunir um conjunto de investigadores internacionais de 15 diferentes culturas, com o intuito de debater o conceito de qualidade de vida e construir um instrumento para a sua avaliação (Buheiji, 2019). Nasce assim o WHOQOL Group.

Do trabalho deste grupo resulta o instrumento WHOQOL- 100 que parte de 3 premissas centrais, por um lado a abrangência e multidimensionalidade do conceito, a existência de uma medida quantitativa, fíável e válida que possa ser aplicada a diferentes

populações e por último, a integração no instrumento de fatores que afetem ou influenciem a qualidade de vida das pessoas (Rôla et al., 2018).

Desde a criação do grupo em 1991, o projeto estendeu-se a quase todo o mundo e atualmente o instrumento, quer na versão longa ou abreviada, está disponível em mais de 40 idiomas distintos (Scholl et al., 2017). O primeiro instrumento desenvolvido, o WHOQOL-100 trata-se de uma medida genérica que assenta em 6 domínios diferentes, respetivamente, físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, assim como 4 itens que avaliam a satisfação global com a qualidade de vida e paralelamente a percepção geral de saúde (Rôla et al., 2018).

A versão abreviada do WHOQOL é constituída por 26 itens e compreende 4 domínios, físico, psicológico, relações sociais e ambiente, assim como itens que avaliam a qualidade de vida em geral (Scholl et al., 2017).

Na opinião de Chaudhury et al., (2018), o conceito de qualidade de vida é imperativo e relevante no campo da saúde mental, o que significa também que o impacto do ambiente e as avaliações subjetivas das pessoas acerca da sua vida podem ou não contribuir para uma percepção mais positiva ou negativa da sua qualidade de vida.

Segundo Chaudhury et al., (2018) é de extrema importância e imperativo que a avaliação da qualidade e a inclusão do conceito seja incluída nomeadamente para avaliar a eficácia no tratamento de perturbações do foro psiquiátrico. O conceito e respetiva avaliação da qualidade da qualidade de vida permite criar uma abordagem e perspetiva integradora, o que possibilita integrar uma medida individual de avaliação(Chaudhury et al., 2018).

A POC, em algumas pessoas pode ter um mau prognóstico, sobretudo quando associada com outras comorbilidades e neste caso o impacto na qualidade de vida aumenta e a percepção da pessoa em relação à satisfação com a vida diminui (Subramaniam et al., 2013)

É essencial a criação de um instrumento que avalie a qualidade de vida, concretamente de pessoas com POC, uma vez que a POC afeta áreas e domínios muito particulares que não são contemplados no instrumento amplamente utilizado Whoqol (Subramaniam et al., 2013).

Na perspetiva de Subramaniam (2013) seria importante e acrescentaria valor aos conhecimentos sobre a POC, concretamente curso, evolução e qualidade de vida da pessoa que surgissem mais investigações que acompanhassem longitudinalmente, no sentido de ir comparando a avaliação da qualidade de vida em momentos distintos. Por outro lado, é necessário reforçar a ideia de que a qualidade de vida é um elemento ímpar de avaliação das pessoas com POC, que deve inclusivamente ser integrada na avaliação da pessoa com POC, para além da sintomatologia e outras componentes.

A investigação de (Ahamed et al., 2018) conclui que pessoas com POC e outras comorbilidades, a doença tem maior impacto na vida, do que pessoas com POC, sem outras comorbilidades, embora ambos com qualidade de vida inferior em relação à restante população e outros grupos de doenças.

Em termos de nível de qualidade de vida pode-se dizer que os sujeitos com POC e outras doenças encontram-se no patamar de avaliação da qualidade com impacto moderado a grave, os indivíduos só com POC, no nível leve a moderado, geralmente, e as pessoas em remissão, a maioria chega ao nível de impacto na qualidade de vida muito leve (Ahamed et al., 2018).

Qualidade de vida das pessoas com POC

A POC, em algumas pessoas pode ter um mau prognóstico, sobretudo quando associada com outras comorbilidades e neste caso o impacto na qualidade de vida aumenta e a perceção da pessoa em relação à satisfação com a vida diminui (Subramaniam et al., 2013)

É essencial a criação de um instrumento que avalie a qualidade de vida, concretamente de pessoas com POC, uma vez que a POC afeta áreas e domínios muito particulares que não são contemplados no instrumento amplamente utilizado Whoqol (Subramaniam et al., 2013).

Na perspetiva de Subramaniam (2013) seria importante e acrescentaria valor aos conhecimentos sobre a POC, concretamente curso, evolução e qualidade de vida da pessoa que surgissem mais investigações que acompanhassem longitudinalmente, no sentido de ir comparando a avaliação da qualidade de vida em momentos distintos. Por outro lado, é necessário reforçar a ideia de que a qualidade de vida é um elemento ímpar de avaliação das pessoas com POC, que deve inclusivamente ser integrada na avaliação da pessoa com POC, para além da sintomatologia e outras componentes.

A investigação de Winter et al., (2020) conclui que pessoas com POC e outras comorbilidades, a doença tem maior impacto na vida, do que pessoas com POC, sem outras comorbilidades, embora ambos com qualidade de vida inferior em relação à restante população e outros grupos de doenças.

Por outro lado, os alívios dos sintomas estão diretamente associados a uma melhoria na perceção da qualidade de vida da pessoa com POC (Winter et al., 2020).

Em termos de nível de qualidade de vida pode-se dizer que os sujeitos com POC e outras doenças encontram-se no patamar de avaliação da qualidade com impacto moderado a grave, os indivíduos só com POC, no nível leve a moderado, geralmente, e as pessoas em remissão, a maioria chega ao nível de impacto na qualidade de vida muito leve (Ahamed et al., 2018).

Segundo Hou et al., (2010), a qualidade de vida em pessoas com perturbações de saúde mental constitui uma questão relevante que deve ser considerada e avaliada nestas pessoas, no sentido de se ter uma visão mais holística da pessoa, para além da doença.

A POC é uma doença crónica e por isso também associada a um potencial de incapacidade significativo, aliás confirmado pela OMS, logo este potencial de incapacidade tem um impacto significativamente negativo em várias áreas, nomeadamente no funcionamento psicossocial (Hou et al., 2010).

De referir ainda que a POC pode ter também um impacto negativo na esfera do funcionamento da pessoa no trabalho e que o impacto da POC na qualidade de vida da pessoa é maior do que no que se refere a outras perturbações psiquiátricas e condições médicas crónicas (Boisseau et al., 2017).

O estudo de Ahamed et al.,(2015) evidenciou que a qualidade de vida em pessoas com POC, recorrendo ao instrumento WHOQOL- bref, teve diferenças estatisticamente significativas, revelando que entre os cinco domínios da escala, aquele que obteve resultados mais baixos compreende o domínio social. Contudo, os autores destacam igualmente o domínio psicológico como o segundo mais afetado, por via do sofrimento causado pelas obsessões e compulsões, sendo que os estudos na área da qualidade de vida das pessoas com POC, apontam os aspetos sociais e psicológicos, concretamente de saúde mental com os que sofrem maior impacto (Ahamed et al., 2015).

No domínio social podemos incluir a qualidade das relações interpessoais que as pessoas com POC têm, assim o nível de satisfação com a vida que percecionam bem como o nível de satisfação que têm em relação ao apoio dos amigos (Ahmed et al., 2017)

Na investigação de Ahmed et al., (2017) o segundo domínio com resultados mais baixos esteve associado à esfera psicológica que inclui nomeadamente as questões de humor

e emoções, evidenciando-se as emoções e sentimentos de tristeza, ansiedade, frustração e insatisfação consigo próprio.

A consequência mais comum da POC em termos de impacto na qualidade de vida está associada à diminuição da autoestima, diminuição do bem-estar subjetivo e interferência negativas nas esferas profissionais, afetivas, sociais e familiares. De acordo com as investigações dos mesmos autores, os sintomas da POC quanto mais graves e difíceis de esconder dos outros, maior impacto causa na qualidade de vida das pessoas com POC (Scholl et al., 2017).

No mesmo estudo descrito anteriormente conclui que as pessoas com POC apresentaram valores inferiores que a população em geral em todos os domínios da qualidade de vida, o que de certo modo confirma a designação da POC, como uma doença incapacitante. Ainda de acordo com a mesma investigação os resultados indicam que o domínio social e psicológico são os que mais comprometem a qualidade de vida das pessoas com POC (Scholl et al., 2017).

Nas investigações de Macy et al., (2013), os autores evidenciam também que a qualidade de vida das pessoas com POC é significativamente inferior quando comparada com a população geral, acrescentando que é também menor em comparação com pessoas com perturbações de natureza médica e outros grupos de doenças psiquiátricas .

Outros autores que realizaram uma revisão de outros estudos nesta temática chegaram à conclusão que na maioria dos estudos, os pacientes com POC apresentavam níveis significativamente inferiores de qualidade de vida e bem estar, realçando que para além dos domínios sociais e psicológicos, sugem também em destaque o domínio físico, nomeadamente aspetos de natureza somática (Vasudev et al., 2015).

Nas investigações de Sinha e Sinha, os resultados também sugerem tal como em estudos apresentados anteriormente neste trabalho que na avaliação da qualidade de vida de pessoas com POC, são os domínios social, psicológico e também físico que mais afetam negativamente a percepção de qualidade de vida das pessoas com POC. Segundo os autores anteriores, a gravidade da POC e sintomas correlaciona-se positivamente com o grau de incapacidade e negativamente com a qualidade de vida. Um dos domínios mais afetados é o social o que segundo os autores, está intimamente associado ao facto de muitas pessoas com POC evitarem muitas situações sociais e de lazer o que se traduz também numa sensação maior de isolamento social e menor apoio (Sinha & Sinha, 2019).

Algumas investigações têm-se dedicado a avaliar a qualidade de vida e o nível de impacto da POC na vida das pessoas, constatando que a qualidade de vida em pessoas com POC é menor em todos os domínios da escala WHOQOL- BREF em relação aos grupos de controlo. Destaca-se o domínio social com resultados mais baixos, apresentando níveis de percepção e satisfação estatisticamente significativos em relação a outras pessoas (Ahmed et al., 2017). No estudo dos mesmos autores o segundo domínio mais afetado negativamente pela POC coincide com o domínio psicológico, no qual se destaca a presença de humor negativo, tristeza, ansiedade, insatisfação consigo próprio e com o sentido da vida.

Outros estudos na mesma área sugerem igualmente um impacto negativo significativo na qualidade de vida de pessoas com POC, assim como repercussões negativas, nomeadamente ao nível da diminuição da autoestima e bem-estar subjetivo e interferências negativas da doença na vida escolar, profissional, social, familiar e afetiva (Ahamed et al., 2015). Estes estudos revelam que os sintomas da POC influenciam negativamente as atividades diárias e sociais, tendo naturalmente impacto negativo na qualidade de vida, surgindo algumas vezes com a presença de ideação suicida e tentativas de suicídio ao longo da vida. Este estudo verificou

que indivíduos com POC apresentaram médias inferiores em todos os domínios da qualidade de vida, corroborando com os dados de outros estudos descritos anteriormente (Scholl et al., 2017).

Em alguns estudos as dimensões física, social e psicológica de pessoas com POC apresentam valores médios significativamente inferiores aos que foram obtidos pelo grupo de Controle, sendo todas as diferenças significativas, o que vem ao encontro dos resultados obtidos por vários autores (Vivan et al., 2013). A maioria dos estudos nesta área apontam os domínios de natureza psicológica e social com os mais afetados por esta perturbação.

A revisão da literatura nesta área indica que o impacto da POC na qualidade de vida pode ser devastador, afetando negativamente vários domínios da vida da pessoa, podendo repercutir-se também nos familiares e amigos. Aliado a esta questão, surge também um ponto que merece maior cuidado, o risco de suicídio que provavelmente tem vindo a ser subestimado, merecendo assim maior atenção por parte dos profissionais de saúde mental (Torresan et al., 2007)

A severidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e a presença de outras comorbidades, por exemplo, depressão, constituem um indicador de uma qualidade de vida inferior (Trettim, 2017).

De acordo com Trettim, (2017), os domínios mais afetados da qualidade de vida em pessoas com POC são o psicológico e o social.

A qualidade de vida de pessoas com POC mostrou pelos vários estudos estar correlacionada com múltiplos fatores de natureza mais geral, mas também outros mais particulares, concretamente, a interação com o meio e a qualidade do ambiente social no qual a pessoa está inserida (Subremaniam et al., 2013).

A maioria dos estudos aponta os domínios psicológico e social como os mais afetados na percepção de qualidade de vida de pessoas com POC, embora se deva também dar destaque ao domínio físico, concretamente associado a fatores, como a duração da doença, o número de compulsões e o nível de sintomatologia depressiva (Subremaniam et al., 2013).

É importante referir que segundo os estudos nesta área, o acompanhamento em psicoterapia e a terapia farmacológica significam índices de percepção de qualidade de vida maiores nas pessoas com POC e menor prejuízo no seu funcionamento (Remmerswaal et al., 2016). De acordo com os mesmos autores, também a maior ou menor gravidade das obsessões e compulsões, aliadas a eventuais sintomas depressivos correlacionam-se com a qualidade de vida dos indivíduos com POC.

O impacto da POC na qualidade de vida das pessoas com POC tem sido confirmado por todos os estudos consultados neste trabalho, salientando-se os domínios social e psicológico como os mais comprometidos (Sinha e Sinha, 2019).

O impacto negativo da POC na esfera social está associado fortemente a sintomas e comportamentos por exemplo de evitamento de algumas situações sociais e da grande energia de dispendir recursos para ocultar estes comportamentos e por outro lado, pelo evitamento de experiências sociais com amigos, viajar ou mesmo manter uma relação íntima (Sinha e Sinha, 2019).

Na visão de Jahangard et al., (2018) e de acordo com os seus estudos sobre a POC e a qualidade de vida concluem que a POC está associada a uma diminuição, regra geral, significativa da qualidade de vida .

A qualidade de vida é um conceito que inclui duas componentes, por um lado, o estado funcional da pessoa e por outro lado, a percepção subjetiva da pessoa de que como a sua saúde afeta e tem impacto na sua vida, avaliada por quatro domínios (Kuglar et al., 2013).

Os estudos de Kugler et al., (2013), compararam e avaliaram a qualidade de vida em pessoas com POC e com outras doenças do foro psiquiátrico e os resultados apontaram para que os domínios de qualidade em pessoas com POC, especificamente social, obtiveram piores resultados do que em outras doenças, concretamente pessoas com Perturbação de Pânico, Esquizofrenia e Depressão.

A gravidade dos sintomas da POC e a quantidade de sintomas estão associadas à perceção e avaliação de um índice de qualidade de vida menor, sobretudo em relação às obsessões que de acordo com este estudo tem maior impacto na qualidade de vida do que as compulsões (Kugler et al., 2013).

Na ótica de Kugler (2013) existem alguns fatores relevantes que contribuem para o compromisso da qualidade de vida das pessoas com POC, concretamente o tempo excessivo que muitas pessoas usam na realização de rituais, o isolamento social e os conflitos familiares e dificuldades nas relações interpessoais.

A realidade é que a POC pode ter um forte impacto na funcionalidade da pessoa e por isso também existem alguns fatores que podem ser uma vantagem para a melhoria da qualidade de vida, nomeadamente, uma resposta e adesão positiva ao tratamento que constitui um dos fatores importantes para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com POC (Velloso et al., 2018).

As relações interpessoais em pessoas com POC

A descoberta e confronto com o diagnóstico de um familiar, amigo, companheiro com uma perturbação de saúde mental pode despertar uma diversidade de reações e emoções que podem compreender o medo, a tristeza ou mesmo a negação. Contudo, qualquer das reações perante esta situação pode implicar uma desestruturação no funcionamento relacional (Almeida-Brasil et al., 2017).

Na visão de Eloia et al. (2014), a pouca informação que os amigos, colegas, familiares, companheiros têm da doença, da sua evolução, prognóstico e das estratégias que podem usar para ajudar a pessoa com POC, potencia a preocupação, a dúvida, a incerteza e angústia. Segundo os mesmos autores, pessoas que convivem de perto com pessoas com POC, muitas vezes experimentam stress e algum compromisso psicológico que se pode refletir negativamente na sua própria saúde mental.

Neste sentido é muito importante que a rede relacional mais próxima da pessoa doente possa ser incluída no projeto terapêutico e tratamento e ao mesmo tempo seja também apoiada, nomeadamente em termos de psicoeducação e apoio (Winkelman et al., 2018).

Naturalmente que a convivência próxima com a pessoa com POC implica ao mesmo tempo o contacto com os sintomas obsessivo compulsivos que regra geral interferem negativamente com as rotinas diárias, a vida social, lazer e outras (Cordioli et al. 2018). Os mesmos autores apontam alguns conflitos e discussões em muitos casos da pessoa com POC com a sua rede relacional e interpessoal próxima, nomeadamente pelo evitamento da pessoa com POC sair para atividades de lazer ou sair com grandes atrasos, devido muitas vezes à lentidão na realização das tarefas e / ou rituais que realiza.

É de referir que o núcleo relacional mais próximo da pessoa com POC e que tem conhecimento da doença podem- se envolver entre dos tipos de comportamentos, os que adoptam uma atitude hostil, mais agressiva, crítica e por vezes punitiva e outros que se acomodam e por isso são envolvidos na participação dos rituais (Cordioli et al., 2017).

É importante atender à importância de eventuais críticas das pessoas próximas, especificamente em casos de período de recaída, na medida em que pode potenciar o desinvestimento da pessoa no tratamento (Cordioli et al., 2017).

Muitos estudos acerca do impacto das doenças psiquiátricas e mentais concluíram que as pessoas mais próximas da pessoa doente por vezes sentem-se tão desgastados com a condição do seu companheiro, amigo ou outro tipo de relação que podem de forma não intencional, agravar a doença (Ali, 2015).

Nolasco et al (2014) defendem que viver com uma pessoa com POC pode ser exaustivo, gerando stress, nomeadamente pela observação rotineira de comportamentos visualmente sem sentido, de forma que a rotina de alguém que convive com esse tipo de paciente acaba por ser alterada de forma considerável .

Segundo Borba et al. (2011), as perturbações psiquiátricas são muitas vezes entendidas pelas pessoas próximas da pessoa doente, como limitações sendo consideradas fatores de interferência com a vida das pessoas próximas que experimentam sentimentos de impotência, frustração, às vezes culpa por não entender a doença e lidar com a pessoa doente . De acordo com os mesmos autores, as alterações nas dinâmicas relacionais fruto da convivência com alguém com POC, cria na rede relacional o sentimento de perda na qualidade da relação.

De acordo com Almeida et al., à medida que as pessoas próximas da pessoa doente se sentem esclarecidas e começam a compreender o funcionamento da doença, ficam mais capacitadas para desenvolver e implementar estratégias de enfrentamento, adaptação e convívio com a pessoa doente, sendo que naturalmente este processo é feito de avanços e recuos (Almeida-Brasil et al., 2017).

É importante abordar a questão de que algumas pessoas próximas da pessoa com POC ao presenciarem o nível de sofrimento da pessoa envolvem-se muitas vezes nos rituais da pessoa, participando desta forma num fenómeno de acomodação ball (Figueiredo et al., 2020).

Contudo, também esta reação de acomodação pode contribuir para a manutenção da perturbação e dificultar o tratamento. De facto, o facilitar a realização de rituais ou contribuir para que a pessoa evite algo que é ansiogénico acaba por reforçar os rituais e os evitamentos. Esta atitude é contrária aquela que se pretende na terapia e tratamento da POC, a exposição e a abstenção de rituais (Cordioli, 2014.)

Na literatura são identificadas algumas atitudes e comportamentos que as pessoas próximas da pessoa com POC podem realizar e que podem ser vantajosas e outras que devem ser evitadas. Entre as atitudes que apoiam a pessoa com POC no seu tratamento destacam-se elogiar a pessoa sempre que ela se esforce em questionar os pensamentos intrusivos ou resista à realização de um ritual. Algumas atitudes, por outro lado, devem ser evitadas, nomeadamente estimular ou participar nos rituais, ser impaciente, ser crítico e agressivo, pressionar excessivamente ou ridicularizar a pessoa (Cordioli et al., 2017).

Os estudos de (Ali, 2015) concluíram reforçando assim as conclusões de outros estudos similares que à medida que os sintomas da POC da pessoa se tornam mais graves, as emoções expressas pelas pessoas próximas também aumentam, derivando frequentemente em relações mais tensas e conflituosas.

Dourado et al. (2019) evidenciam resultados nos quais concluem que por vezes as pessoas próximas à pessoa com POC apresentam sintomas leves e moderados de ansiedade e depressão .

A sintomatologia da POC em alguns doentes compreende muitas mudanças no seu estilo de vida e por outro lado o tempo gasto nos rituais por exemplo antes de sair de casa, o cansaço da realização de alguns rituais podem consituir um obstáculo para que algumas pessoas mantenham ativas as suas relações interpessoais (Balloni, 2015).

A maioria das pessoas com POC escondem ao máximo a doença com receio da avaliação dos outros e de serem considerados loucos, estranhos, esquisitos enfrentado sozinhos muitas vezes e por longo período a doença. Por este motivo, a procura de ajuda profissional muitas vezes é tardia (Balloni, 2015).

Segundo Balloni (2015) a pessoa com POC apresenta frequentemente alguma tendência para ter um comportamento social caracterizado por alguma hostilidade, que muitas vezes serve de mecanismo de defesa e ao mesmo tempo uma ambivalência de emoções que vão da hostilidade a um estado de vulnerabilidade e fragilidade emocional.

Seguindo ainda as conclusões do mesmo estudo de Balloni(2015) e tendo em conta a área das relações conjugais, verificou-se a relação negativa entre o grau de severidade das obsessões e as formas de intimidade, nomeadamente a nível intelectual, recreativo e sexual, evidenciando-se assim o nível de impacto da doença ao nível da comunicação dos parceiros e o nível de satisfação sexual.

O estudo de Dourado et al., (2019) sugere então que o meio social revela-se frequentemente muito difícil e exigente para a pessoa com POC, por isso mesmo algumas das limitações do dia a dia estão associadas à sua vida social e às suas relações interpessoais. Neste sentido, pode-se apontar a vulnerabilidade, fragilidade e instabilidade social como fatores que podem por vezes aumentar a severidade das obsessões e compulsões quando a pessoa está sozinha.

Muitas pessoas com POC experimentam alto nível de vergonha, de insegurança e constrangimento o que pode gerar muitas vezes, falta de interesse e evitamento em estar com outras pessoas, o que para além de fazer com que essas pessoas se sintam tristes e frustradas, contribui para o maior isolamento social da pessoa com POC (Eli et al., 2015).

Muitas pessoas com POC optam por guardar segredo em relação à sua condição, mesmo com pessoas próximas, amigos, por exemplo, o medo da discriminação, do gozo é tão grande que a pessoa foca toda a sua energia quando está em contextos sociais para que ninguém perceba. Segundo os mesmos autores, a POC está associada também a vergonha, medo da rejeição e por isso muitas pessoas com POC sofrem em silêncio (Eli et al, 2015).

Segundo Eli et al. (2015), os relacionamentos interpessoais estão associados e conexões, interações e afiliações entre duas ou mais pessoas, logo concluem os autores, a POC tem quase sempre impacto nas relações interpessoais da pessoa, nem que seja pelo evitamento da pessoa em estar em contextos sociais e de lazer.

É de alguma forma é comum que as pessoas com POC escondam dos seus amigos o seu problema, particularmente devido à vergonha, ao constrangimento de explicar algo que parece tão bizarro que faz surgir o medo da rejeição e também por este motivo muitas pessoas com POC evitam ao máximo, dependendo do grau de gravidade dos seus sintomas sair de casa, contextos sociais, o que naturalmente propicia ou reforça o isolamento social (Ali, 2015).

Em muitos estudos nesta área, os autores concluíram que as pessoas próximas das pessoas com POC podem experimentar em graus distintos ansiedade e sintomas depressivos, nomeadamente devido aos comportamentos impulsivos e rituais excessivos que naturalmente afetam as pessoas mais próximas causando também cansaço mental. Os mesmos autores referem um facto curioso que afirma que existe uma percentagem de pessoas com POC que não são casadas e não mantêm uma relação vivendo na mesma casa (Velloso et al., 2018)

Importa aqui também falar das atitudes das pessoas próximas às pessoas com POC que podem contribuir positivamente ou negativamente para o reforço dos sintomas ou para a sua melhoria, concretamente de atitudes de acomodação ou de crítica. Segundo o mesmo

autor, a atitude de acomodação que implica de certo modo o facilitar dos rituais e muitas vezes mesmo o envolvimento ativo nos rituais, não ajuda a pessoa com POC, na medida em que reforça o sintoma e não incentiva a exposição (Campbell, 2016).

Existem em algumas pessoas próximas das pessoas com POC uma atitude crítica pautada muitas vezes por hostilidade e conflito que progressivamente vai levando ao distanciamento emocional provocado também pelo stress e ansiedade presente na relação (Campbell, 2016).

Na realidade, muitas vezes a pessoa com POC evita falar da sua condição, do que pensa e sente e é resistente em partilhar algumas coisas que perspetiva como bizarras, com receio de incompreensão o que não ajuda a outra pessoa que muitas vezes não compreende a dinâmica do ritual e o seu objetivo (Campbell, 2016).

A perceção da pessoa com POC de um maior nível de crítica por parte das pessoas próximas pode tornar a relação mais distante física e emocionalmente, uma comunicação mais aberta acerca da doença e os seus sintomas com as pessoas mais próximas das pessoas com POC promove a sensação de compreensão (Campbell, 2016).

Num estudo conduzido em 2015 sobre as relações familiares e interpessoais de pessoas com POC procurou-se perceber o tipo de relação da pessoa com POC em diferentes tipos de relação, nomeadamente, pai, mãe, companheiro/a, amigo/a e o impacto da doença em cada tipo de relação (Ali, 2015).

Trata-se, pois, de algo idêntico a um dos objetivos do presente estudo.

De referir que neste estudo de Ali et al., (2015). o instrumento, escala ECR-RS não foi aplicada, assim a comparação e análise compreensiva entre os resultados destes autores e o presente estudo, pode constituir uma limitação nos respetivos resultados.

Os resultados do estudo acerca do tipo de relações que a pessoa com POC estabelece com diferentes pessoas próximas, nomeadamente, pai, mãe, amigos tendo em conta o impacto da doença na relação, aponta para que a relação mais tensa seja geralmente com o pai. O pai surge nestes estudos como uma figura frequentemente mais distante, por vezes, hostil, com falta de informação e compreensão da doença e desinteresse (Ali, 2015).

A relação com a mãe surge como mais afetiva e próxima, tendo mais compreensão da doença e empatia, contudo por vezes esta atitude excessiva pode levar a mãe a envolver-se em comportamentos de acomodação que reforçam os sintomas obsessivo-compulsivos (Ali, 2015)

Na relação com os amigos, os mesmos autores referem que no início a maioria das pessoas com POC escondem a sua patologia aos amigos, revelando-a mais tarde, mas regra geral a um amigo próximo ou eventualmente algum que descubra. Nos estudos de 2015 foi concluído que os amigos quando sabem adotam uma atitude de compreensão e empatia e também de preocupação (Ali, 2015).

É pertinente referir também neste âmbito a investigação realizada em 2018 que estudaram as características das relações das pessoas com POC com a família, companheiro e amigos. No que diz respeito às relações familiares, os autores referem que as relações familiares pautam-se ou por um processo de acomodação ou por outro lado, por crítica excessiva, conflitos, falta de compreensão, portanto uma relação tensa (Yazdi-Ravandi et al., 2018).

Em relação ao companheiro, a POC no outro/a pode estimular uma relação mais distante, com maior stress, menor intimidade e por isso uma qualidade da relação afetada de forma negativa (Yazdi-Ravandi et al., 2018).

Na relação com os amigos, realça-se o restringir de relações, evitamento de situações de interação social, saídas o que naturalmente conduz a maior isolamento social (Yazdi-Ravandi et al., 2018)

Importa, contudo, reforçar que a qualidade das relações interpessoais das pessoas com POC está intimamente associada a vários fatores, nomeadamente a severidade dos sintomas, o perfil das pessoas da sua rede social próxima e naturalmente a personalidade do próprio sujeito com POC (Yazdi-Ravandi et al., 2018).

Nas relações mais marcadas pela ansiedade, as pessoas em geral inclinam-se para adotar posturas de ignorar as situações e acontecimentos e ver as experiências, sobretudo pelo lado negativo, aumentando assim o grau de sofrimento e ansiedade (Martins et al., 2015). Por outro lado, segundo os mesmos autores e investigadores, as relações pautadas sobretudo por evitamento incluem relações nas quais as pessoas evitam expressar o que pensam e sentem, assim como o modo de reagir às situações.

De acordo com Moreira et al. (2015) e tendo como ponto de partida efetuado por estes investigadores, concluíram que níveis mais elevados de ansiedade, correspondem a relações também com alto nível de evitamento, o que significa que no estudo referido anteriormente evitamento e ansiedade estão correlacionados.

De acordo com Graham (2020), tanto a ansiedade como o evitamento nas relações levam a que as pessoas avaliem a qualidade das suas relações de forma negativa, por isso existe a possibilidade forte de terem relações insatisfatórias.

Objetivos do estudo

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar se a POC tem impacto na qualidade de vida das pessoas que sofrem desta patologia. Por outro lado, também identificar e avaliar se a POC tem interferência e impacto nas relações interpessoais.

Identificar e descrever quais os domínios da QV nos quais a POC tem mais impacto, nomeadamente físico, psicológico, relações sociais, relação com o ambiente e também a perceção da pessoa acerca da sua qualidade de vida em geral.

Pretende identificar, caracterizar e descrever ao nível das relações interpessoais, quais os tipos de relações, particularmente, pais, amigos, companheiro/a, quais são as mais afetadas em pessoas com POC.

Identificar os sentimentos e perceção das pessoas com POC em relação às suas relações mais próximas, de forma geral.

Foram formuladas 4 hipóteses às quais este estudo pretende responder com respetiva fundamentação de acordo com os resultados obtidos e com a sua discussão.

Hipóteses

Hipótese 1: A POC tem um impacto estatisticamente significativo na qualidade de vida da pessoa?

Hipótese 2: Em que domínios da avaliação da qualidade a POC tem maior impacto?

Hipótese 3: É esperado que a pessoa com POC tenha mais dificuldade, ansiedade e evitamento nas relações com Pais ou com pares e relações mais íntimas?

Hipótese 4: É esperado que a pessoa com POC tenha uma perceção negativa acerca das suas relações mais próximas

Método

Design

O presente estudo é misto quantitativo e qualitativo.

Os dados resultantes da aplicação dos instrumentos resultaram do preenchimento das respetivas escalas no formato google forms.

Para a identificação da amostra contou-se com o apoio de profissionais de saúde de que serviram de ponto para o envio das referidas escalas. Cada participante respondeu via google forms a ambas as escalas.

Todos os participantes preencheram um consentimento informado de modo a validar a sua aceitação na participação do estudo.

Participantes

De acordo com os objetivos do presente estudo, a amostra foi constituída por 56 pessoas com POC. A amostra foi composta por pessoas com mais de 18 anos. As idades da amostra variam entre os 18 anos e os 53 anos, com uma média de idades de 30, 8.

Os critérios de inclusão foram apenas a idade superior a 18 anos, independentemente de estarem ou não em tratamento atualmente.

Para a identificação da amostra contou-se com o apoio de profissionais de saúde de que serviram de ponto para o envio das referidas escalas. Cada participante respondeu via google forms a ambas as escalas.

Todos os participantes preencheram um consentimento informado de modo a validar a sua aceitação na participação do estudo.

Instrumentos

Para a recolha de dados foram utilizadas 2 escalas para avaliar as principais variáveis em causa no presente estudo, nomeadamente a escala Whoqol-bref, versão em português de

Portugal do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida da OMS. Foi igualmente utilizada a escala ECR – RS [domínios relacionais) para avaliar a relação do sujeito em 4 tipos diferentes de relações e a escala ECR – RS (versão geral] que caracteriza os sentimentos do sujeito acerca das suas relações próximas, na sua generalidade.

A escala Whoqol- Bref resulta do instrumento original, versão WHOQOL-100, criado pelo Group, 1994.

A versão portuguesa foi criada por Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona, & Tiago Paredes, em 2006.

Este instrumento é uma medida genérica, multidimensional e multicultural de avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser aplicado a um largo espectro de perturbações psicológicas e físicas, na ausência de instrumentos específicos, assim como à população em geral.

A estrutura deste instrumento integra 4 domínios da qualidade de vida; físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e 2 questões relacionadas com a qualidade de vida em geral. O domínio Físico inclui 7 itens (3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida diária; dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho. O Domínio Psicológico é composto por 6 itens (5, 6, 7, 11, 19 e 26) e compreende questões associadas a sentimentos positivos; pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio Relações Sociais é formado por 3 itens (20, 21 e 22) e inclui questões direcionadas para as relações pessoais; apoio social e atividade sexual. O domínio Meio Ambiente engloba 8 itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) e diz respeito a segurança física; ambiente no lar, recursos

económicos, cuidados de saúde e sociais: oportunidades de adquirir novas informações e competências; participação e/ou oportunidades de recreio lazer, ambiente físico (poluição, barulho, trânsito, clim e transportes.

O formato das respostas é baseado numa escala tipo Likert que varia entre “nada” (1 ponto) a “extremamente/completamente satisfeito” (5 pontos), considerando que o participante deverá ter como referência as suas duas últimas semanas para responder a cada conjunto dos itens.

Quanto maior a pontuação melhor a avaliação da qualidade de vida.

Para o cálculo da pontuação de cada domínio somam-se os valores (de 1 a 5) obtidos em cada item do respetivo domínio e divide-se pelo número de itens que integra esse domínio.

Os resultados obtidos são calculados consoante a média dos resultados das questões que constituem o instrumento e multiplicados por 100 para que desta forma os resultados obtidos possam ser confrontados com os do instrumento original.

O instrumento piloto do Whoqol 100 no seu início compreendia 235 questões que avaliavam 29 áreas da qualidade de vida, a versão posterior Whoqol 100 integra 100 questões que avaliam seis domínios da qualidade de vida, respetivamente respetivamente, físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais (Rugiski M, Pilatti LA, 2005).

As áreas do Whoqol-100 que pertenciam ao domínio nível de independência foram incluídas no domínio físico, tal como a área correspondente ao domínios de aspetos espirituais e crenças pessoais foram incorporadas do domínio psicológico (Almeida-Brasil et al., 2017).

O Whoqol- 100 ou bref tem muitas aplicações no campo sobretudo da saúde, nomeadamente avaliar o impacto da doença na qualidade de vida da pessoa, a sua perceção relativamente às esferas mais relevantes da vida. Neste sentido, este instrumento constitui um alicerce essencial, fornecendo informações muito pertinentes e importantes que podem inclusive ajudar os profissionais de saúde a ter uma compreensão mais holística da pessoa e ao mesmo tempo, apoiar o profissional a tomar decisões mais corretas acerca do tratamento (Rugiski M, Pilatti LA, 2005).

O Whoqol- bref é um dos instrumentos mais utilizados e conhecidos para avaliação da qualidade de vida, aplicado a várias áreas e está disponível em mais de 40 idiomas, incluindo 36 itens (Almeida-Brasil et al., 2017).

Para a realização do Whoqol-bref foi selecionada a questão de cada domínio que apresentava a maior correlação com os resultados médios de todos os domínios. Após a seleção das questões foi posteriormente realizada uma análise mais detalhada para verificar se estas representavam na realidade os domínios correspondentes (Almeida-Brasil et al., 2017).

O Whoqol- Bref inclui ainda duas questões gerais acerca da qualidade de vida. A versão reduzida do Whoqol-100 foi objeto de análise para validação e os resultados confirmaram a confiabilidade dos domínios, concluindo que este instrumento apresenta uma boa consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade (Almeida-Brasil et al., 2017)

A outra escala utilizada e aplicada neste estudo foi a escala ECR-RS, que constitui uma medida, instrumento de avaliação do estilo de apego que as pessoas têm em diferentes relações, ou seja, aferir o modo como as pessoas pensam, sentem e se comportam associado a cada tipo de relação.

Esta escala foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Moreira, Martins, Gouveira & Canavarro, em 2014. Este instrumento resulta da tradução e adaptação do questionário original Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire (ECR-RS) de Fraley, Heffernan, Vicary e Brumbaugh, publicado em 2011.

Trata-se de um questionário constituído por 36 itens, distribuídos por 4 sub-escalas referentes a 4 tipos de relações, concretamente relação com a mãe, com o pai, com o companheiro/a e com o melhor amigo/a. Neste questionário é possível aferir nestes quatro tipos de relações, duas dimensões, especificamente a ansiedade que esses tipos de relações provocam no sujeito, assim como o nível de evitamento que a pessoa apresenta nos tipos de relações avaliadas com este instrumento.

Os itens estão organizados segundo uma escala tipo Likert de 7 pontos, em que 1 corresponde a “discordo fortemente” e 7 a “concordo fortemente”, sendo que pontuações elevadas indicam um maior nível de evitamento e de ansiedade. A ansiedade é avaliada pelos itens 7, 8 e 9 e está relacionada com a perceção da pessoa em relação ao outro, em termos de nível de estabilidade e segurança, da relação que o sujeito percebe, nível de preocupação que o outro tem com o sujeito e nível de sensibilidade em relação à rejeição e abandono. O evitamento, avaliado pelos itens 1, 2, 3, 4, 5 e 6 está relacionado e é caracterizado pelo desconforto com a intimidade e com a proximidade nas relações, refletindo o grau em que os indivíduos confiam, o esforço que fazem para manter a distância emocional e a independência desse tipo de relações.

Os sujeitos são instruídos a responder às questões apresentadas considerando as relações que mantêm com cada uma das figuras referidas. No caso de uma ou ambas as figuras paternas já terem falecido, os sujeitos são instruídos a responder aos itens de acordo com a relação que mantinham quando a pessoa se encontrava viva.

Quando os sujeitos não estão envolvidos numa relação de cariz romântico, estes são instruídos a responder tendo em conta a sua mais recente relação significativa ou imaginando como seria a relação que teriam com alguém, no caso de nunca se terem envolvido numa relação romântica.

No que respeita à cotação do instrumento, importa considerar que os itens 1 a 4, apresentam um direção invertida pelo que devem ser também invertidos na cotação.

A pontuação total de cada subescala é obtida através da soma dos respetivos itens, a dividir pelo número de itens que a integram (média), sendo que valores mais elevados representam maior evitamento ou ansiedade.

A versão portuguesa do ECR-RS é considerada uma medida do ponto de vista psicométrico válida e fiável, no sentido de avaliar a ansiedade e o evitamento em diferentes tipos de relação e domínios relacionais (Moreira et al., 2014).

O ECR-RS foi adaptado para o português do Brasil por Senhorini e Rocha em 2012.

A versão portuguesa do ECR-RS apresenta-se como uma medida psicometricamente robusta, válida e fiável para avaliar a ansiedade e o evitamento relacionados com a vinculação em diferentes domínios relacionais (Moreira et al., 2014).

Na versão portuguesa da escala, os autores identificaram uma consistência interna elevada, para o score total da escala ($\alpha = .86$), para a sub escala de evitamento ($\alpha = .88$) e para a sub escala de ansiedade ($\alpha = .86$) (Rocha et al., 2017).

Segundo Roazi et al.(2018), a ECR-RS constitui-se como uma dos instrumentos mais recentes de auto relato para avaliar os estilos de vinculação e relação em adultos .

As duas sub escalas incluídas no respetivo instrumento compreendem a Ansiedade, que inclui questões associadas à rejeição, receio de exclusão e /ou abandono, assim como o grau em que a pessoa percebe a disponibilidade do outro, sobretudo em momentos mais

difíceis.(Moreira et al., 2014). Por seu turno, a sub escala de evitamento está relacionada com o desconforto e intimidade na relação, traduzindo igualmente questões associadas à confiança no outro e também o esforço que a pessoa faz com vista a manter a distância emocional da respetiva relação (Moreira et al., 2014).

Em relação à escala ECR – RS (versão geral) importa salientar que procura caracterizar os sentimentos dos sujeitos participantes neste estudo acerca das suas relações próximas em geral (Roazi et al., 2018).

Nesta escala procura-se compreender igualmente o modo como o sujeito se comporta em cada tipo de relação, assim como perceber a sua perceção associada às pessoas em quem pode confiar, com as quais sente que fornecem apoio, com as quais pode partilhar coisas mais íntimas e que independentemente de alguma coisa a aceitam e gostam dela.

Resultados

A análise dos dados que se segue reflete os resultados da aplicação das escalas utilizadas no presente estudo, através de duas escalas.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach, o teste t de Student para uma amostra e a Anova de medidas repetidas. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

A análise estatística foi efectuada com o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0 para Windows.

Caracterização da amostra

A amostra era constituída por 56 respostas de inquiridos com POC. A média de idades era de 30.8 anos, variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 53 anos. A maioria era do género masculino (62.5%), tinha estudos universitários (42.9%) e era solteira (60.7%).

Tabela 1

Caracterização da amostra

	N	%
Idade (M; DP)	30,8	9,9
Género		
Feminino	21	37,5
Masculino	35	62,5
Escolaridade		
7°- 9 °ano	1	1,8
10°- 12° ano	23	41,1
Estudos Universitários	24	42,9
Formação pós-graduada	8	14,3
Estado civil		
Casado(a)	10	17,9
Divorciado(a)	8	14,3
Solteiro(a)	34	60,7
União de facto	1	1,8

amostra (N = 56)

A consistência interna das dimensões das dimensões Qualidade de vida e da escala ECR-RS domínios relacionais, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .804 (bom) no domínio físico a um máximo de .969 (excelente) na dimensão ansiedade mãe. A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2014).

Tabela 2

Consistência interna domínios da qualidade de vida

	Alpha Cronbach	Nr de itens
<i>Qualidade de vida</i>		
Domínio físico	.804	7
Domínio psicológico	.926	6
Domínio relações sociais	.826	3
Domínio meio ambiente	.917	8
<i>Experiências nas Relações próximas</i>		
Evitamento mãe	.900	6
Ansiedade mãe	.969	3
Evitamento pai	.961	6
Ansiedade pai	.946	3
Evitamento companheiro	.954	6
Ansiedade companheiro	.934	3
Evitamento amigo	.923	6
Ansiedade amigo	.930	3
Evitamento geral	.856	6
Ansiedade geral	.926	3

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Domínio físico, $t(55) = -5.029$, $p < .001$, o valor obtido é significativamente inferior a 50%.

Domínio psicológico, $t(55) = -2.844$, $p = .006$, o valor obtido é significativamente inferior a 50%.

Domínio social, $t(55) = -3.017$, $p = .004$, o valor obtido é significativamente inferior a 50%.

Domínio meio ambiente, $t(55) = 2.513$, $p = .015$, o valor obtido é significativamente superior a 50%.

Hipótese 1: A POC tem um impacto estatisticamente significativo na qualidade de vida da pessoa?

Quando comparamos os valores obtidos com o ponto médio dos domínios da qualidade de vida (50%), encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 3

Domínio de avaliação da qualidade de vida

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Sig
Domínio físico	10,71	71,43	40,62	13,94	,000***
Domínio psicológico	0,00	87,50	41,36	22,70	,006**
Domínio relações sociais	0,00	83,33	40,62	23,24	,004**
Domínio meio ambiente	15,63	96,88	56,52	19,44	,015*

Hipótese 2: Em que domínios da avaliação da qualidade a POC tem maior impacto?

A significância do teste Anova de medidas repetidas indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos duas comparações nos valores da qualidade de vida, $F(2.145, 2.235) = 29.161, p < .001$. A POC afetou sobretudo os domínios físico (40.6%), relações sociais (40.6%) e psicológico (41.4%) quando comparados com o domínio meio ambiente, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < .001$). As diferenças entre os domínios físico, relações sociais e psicológico não são estatisticamente significativas ($p > .05$).

Hipótese 3: É esperado que a pessoa com POC tenha mais dificuldade, ansiedade e evitamento nas relações com Pais ou com pares e relações mais íntimas?

A significância do teste Anova de medidas repetidas indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos duas comparações nos valores de evitamento,

$F(2.301, 165) = 3.555, p = .026$. Os valores de evitamento são mais elevados relativamente ao pai do que ao companheiro ou amigo, sendo a diferença entre os valores de evitamento pai e evitamento amigo estatisticamente significativa ($p = .032$). A diferença entre os valores de evitamento companheiro e evitamento amigo também é estatisticamente significativa ($p = .001$).

Tabela 4

Comparação do evitamento

	M	DP
Evitamento mãe	3,25	1,89
Evitamento pai	5,27	1,49
Evitamento companheiro	4,84	1,44
Evitamento amigo	4,10	1,74

M – Média DP – Desvio padrão

Ansiedade

A significância do teste Anova de medidas repetidas indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre pelo menos duas comparações nos valores de ansiedade, $F(2.395, 165) = 24.728, p < .001$. Os valores de ansiedade são mais elevados relativamente ao pai do que ao companheiro ou amigo, sendo a diferença entre os valores de ansiedade pai e companheiro ($p < .001$) e ansiedade pai e amigo ($p = .009$) estatisticamente significativa. A diferença entre os valores de ansiedade companheiro e ansiedade amigo também é estatisticamente significativa ($p < .001$).

Tabela 5

Comparação da Ansiedade

	M	DP
Ansiedade mãe	3,25	1,89
Ansiedade pai	5,27	1,49
Ansiedade companheiro	4,84	1,44
Ansiedade amigo	4,10	1,74

M – Média DP – Desvio padrão

Hipótese 4: É esperado que a pessoa com POC tenha uma percepção negativa acerca das suas relações mais próximas

Quando comparamos os valores de evitamento e ansiedade nas relações mais próximas com o ponto médio da escala (4: não concordo nem discordo) constatamos que os valores de evitamento geral ($p < .001$), ansiedade companheiro ($p < .001$) e ansiedade geral ($p < .001$) são estatisticamente significativos e superiores ao ponto médio. Os restantes valores são ou significativamente inferiores ou não se diferenciam significativamente do ponto médio. Deste modo, a afirmação relativamente ao evitamento geral, ansiedade geral e ansiedade com o companheiro é verdadeira.

Tabela 6

Comparação do evitamento e ansiedade

	M	DP	Sig.
Evitamento mãe	3,75	1,51	,223
Evitamento pai	4,10	1,74	,666
Evitamento companheiro	4,25	1,51	,206
Evitamento amigo	3,47	1,17	,001***
Evitamento geral	4,86	1,04	,001***
Ansiedade mãe	3,25	1,89	,004**
ansiedade pai	3,44	1,94	,036*
Ansiedade companheiro	5,27	1,49	,001***
Ansiedade amigo	4,14	1,63	,498
Ansiedade geral	4,83	1,43	,001***

M – Média DP – Desvio padrão * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Discussão de Resultados

Neste capítulo inclui-se a discussão dos resultados obtidos neste estudo, com base na análise e interpretação dos resultados, enquadrados noutros estudos similares, comparando os resultados do presente estudo com outros estudos associados a este tópico e a respetiva literatura existente.

Em primeiro lugar vamos com base nas hipóteses formuladas neste estudo confirmar ou não a sua veracidade, comparando ao mesmo tempo os resultados aqui descritos com outros resultados de outros estudos.

Neste estudo foram formuladas as seguintes hipóteses às quais se seguem as respostas.

Hipótese 1: A POC tem um impacto estatisticamente significativo na qualidade de vida da pessoa?

Quando comparamos os valores obtidos com o ponto médio dos domínios da qualidade de vida (50%), encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

No mesmo estudo descrito anteriormente de School et al (2015). conclui que as pessoas com POC apresentaram valores inferiores que a população em geral em todos os domínios da qualidade de vida, o que de certo modo confirma a designação da POC, como uma doença incapacitante. Ainda de acordo com a mesma investigação os resultados indicam que o domínio social e psicológico são os que mais comprometem a qualidade de vida das pessoas com POC (Scholl et al., 2017).

Nas investigações de Macy et al., (2013), os autores evidenciam também que a qualidade de vida das pessoas com POC é significativamente inferior quando comparada com a população geral, acrescentando que é também menor em comparação com pessoas com perturbações de natureza médica e foro psiquiátrico.

Também os estudos que realizaram uma revisão de outros estudos nesta temática chegaram à conclusão que na maioria dos estudos, os pacientes com POC apresentavam níveis significativamente inferiores de qualidade de vida e bem estar, realçando que para além dos domínios sociais e psicológicos, sugem também em destaque o domínio físico, nomeadamente aspetos de natureza somática (Vasudev et al., 2015)

Algumas investigações têm-se dedicado a avaliar a qualidade de vida e o nível de impacto da POC na vida das pessoas, constatando que a qualidade de vida em pessoas com POC é menor em todos os domínios da escala WHOQOL- BREF em relação aos grupos de controlo. Destaca-se o domínio social e psicológico, com resultados mais baixos, apresentando níveis de percepção e satisfação estatisticamente significativos em relação a outras pessoas (Ahmed et al., 2017).

Este estudo verificou que indivíduos POC apresentaram médias inferiores em todos os domínios da qualidade de vida, corroborando com os dados da OMS que mencionam esta perturbação como uma das mais incapacitantes.

Hipótese 2: Em que domínios da avaliação da qualidade a POC tem maior impacto?

A análise estatística dos resultados obtidos pela aplicação do teste de avaliação da qualidade de vida (Whoqol- bref), demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios de qualidade de vida, físico, relações sociais e psicológico quando comparados com o domínio meio ambiente, sendo a diferença estatisticamente significativa.

Por outro lado, destaca-se nos resultados deste estudo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios físico, relações sociais e psicológico, o que significa que os três apresentam valores muito idênticos.

De salientar, que neste estudo o domínio meio ambiente (56, 52) foi aquele que apresentou o resultado mais elevado e, portanto, aquele que de acordo com o estudo apresentado aqui tem maior impacto na avaliação e percepção da qualidade de vida das pessoas com POC.

Importa referir que o domínio meio ambiente na avaliação da qualidade de vida compreende questões associadas a percepção de segurança; ambiente em casa; cuidados de saúde; oportunidades de formação e adquirir novas competências; participação em atividades de lazer (Almeida-Brasil et al., 2017).

É de salientar que em nenhum dos estudos aos quais este estudo recorreu, assim como na literatura consultada, o domínio meio ambiente referente à qualidade de vida surge como o mais afetado nas pessoas com POC. Na parte limitações do estudo, vão ser apontadas algumas possíveis razões para este resultado atípico.

Em segundo lugar como domínio mais afetado os dados obtidos neste estudo identificam o domínio psicológico que compreende as sentimentos e emoções; a capacidade de pensar, concentração, autoestima, autoimagem e crenças pessoais (Almeida-Brasil et al., 2017).

Em muitos estudos consultados para a realização do presente trabalho, assim como na literatura consultada, o domínio psicológico surge como o mais afetado ou o segundo mais afetado.

Na investigação de Ahmed et al., (2015) o segundo domínio com resultados mais elevados em termos de impacto esteve associado à esfera psicológica que inclui nomeadamente as questões de humor e emoções, evidenciando-se as emoções e sentimentos de tristeza, ansiedade, frustração e insatisfação consigo próprio.

Segundo Ahmed et al., (2015), a área psicológica é identificada como a segunda área mais afetada nas pessoas com POC, o que a maioria dos autores e estudos confirmam e perspetivam como resultados típicos, tendo em conta que nas pessoas com POC, as questões do humor, emoções e quadros de ansiedade estão bastante presentes e são intensas, o que naturalmente significa um maior impacto na qualidade de vida, particularmente na área psicológica.

Também os estudos de Vivian et al., (2013) vão de encontro ao anterior, na medida em que, também o domínio psicológico surge como o mais afetado, seguindo-se o domínio social.

Os dados obtidos nos estudos de Subremaniam et al., (2013), coincidem exatamente com dados apresentados anteriormente, ou seja, o domínio psicológico surge como aquele que tem maior impacto na qualidade de vida das pessoas com POC, seguindo-se o domínio social. De acordo com os mesmos autores, a presença de obsessões e compulsões que naturalmente estão relacionados também com a presença de ansiedade e de sintomatologia depressiva constituem elementos fortes que contribuem para que o domínio psicológico seja dos mais afetados na pessoa com PO (Subremaniam et al., 2015).

Na perspetiva de School et al., (2015), é também a área psicológica associada a sentimentos e emoções negativas, sensação de perda de controlo e ansiedade que é identificada como das mais incapacitantes nas pessoas com POC.

Segundo Scholl et al., (2015) uma das consequências mais negativas da POC nas pessoas, em termos de impacto na qualidade de vida relaciona-se sobretudo com as questões de autoestima, bem-estar subjetivo que em muitas pessoas com POC estão diminuídas. Estas duas áreas incluem-se no domínio psicológico de avaliação da qualidade, logo esta é uma das

razões para que o domínio psicológico seja dos mais afetados, aliás dados que corroboram os resultados obtidos no presente estudo.

Por outro lado, as investigações também relacionam a gravidade e severidade dos sintomas obsessivo compulsivos como um elemento bastante relevante na percepção da qualidade de vida da pessoa com POC, uma vez que quanto maior a gravidade dos sintomas, mais difíceis de encobrir e esconder, o que conduz também a que o domínio psicológico seja um dos mais afetados negativos nas pessoas com POC, tal como confirmam muitas investigações nesta área (Scholl et al., 2017).

Um dos domínios que mais surge nas investigações e literatura associada à POC e qualidade de vida é o domínio psicológico que a maioria das vezes surge como aquele que mais afeta a qualidade de vida das pessoas com POC ou surge em segundo lugar, após a área social. De acordo com os mesmos autores estes resultados enquadram-se na realidade na POC e nas suas especificidades, uma vez que esta doença interfere de forma muito intensa no humor da pessoa, na tristeza e frustração, na insatisfação consigo próprio, entre outros elementos que fazem parte do domínio psicológico de avaliação da qualidade de vida (Ahmed et al., 2017).

As mesmas conclusões de outros estudos e investigações que identificam os domínios psicológico e social como os mais afetados negativamente na qualidade de vida das pessoas com POC (Trettim, 2017).

A maioria dos estudos aponta os domínios psicológico e social como os mais afetados na percepção de qualidade de vida de pessoas com POC, embora se deva também dar destaque ao domínio físico, concretamente associado a fatores, como a duração da doença, o número de compulsões e o nível de sintomatologia depressiva (Subremaniam et al., 2013).

Os resultados da avaliação do impacto da qualidade de vida nas pessoas com POC identificaram em terceiro lugar, com os mesmos valores, o domínio social e de relações sociais e o domínio físico.

No domínio social podemos incluir a qualidade das relações interpessoais que as pessoas com POC têm, assim o nível de satisfação com a vida que percebem bem como o nível de satisfação que têm em relação ao apoio dos amigos e outras pessoas da sua rede social (Ahmed et al., 2017).

Nas investigações de Sinha e Sinha (2019), os resultados também sugerem tal como em estudos apresentados anteriormente neste trabalho que na avaliação da qualidade de vida de pessoas com POC, são os domínios social e psicológico os que mais afetam negativamente a percepção de qualidade de vida das pessoas com POC.

O domínio social é frequentemente daqueles com maior impacto na qualidade de vida da pessoa com POC, uma vez que algumas pessoas com POC evitam muitas situações sociais, de lazer e de interação o que com o decorrer do tempo se pode traduzir numa maior sensação de isolamento social.

Outros estudos na mesma área sugerem igualmente um impacto negativo significativo na qualidade de pessoas com POC, assim como repercussões negativas, nomeadamente ao nível da diminuição da autoestima e bem-estar subjetivo, assim como interferências negativas da doença na vida escolar, profissional, social, familiar e afetiva. Estes estudos revelam que os sintomas da POC influenciam negativamente as atividades diárias e sociais, tendo naturalmente impacto negativo na qualidade de vida, surgindo algumas vezes com a presença de ideação suicida e tentativas de suicídio ao longo da vida (Scholl et al., 2017).

A quase totalidade dos indivíduos com POC apresenta uma baixa qualidade de vida, quer a nível emocional quer a nível social, com todas as dimensões do WHOQOL-BREF com

pontuações significativamente inferiores ao grupo de controlo da população geral (Sinha & Sinha, 2019). Alguns estudos vão mais longe e apontam como conclusões que para além do impacto significativo negativo na qualidade de vida de pessoas com POC, também quando comparado os resultados do impacto da POC na qualidade de vida, com grupos de pessoas com outras perturbações psicológicas e psiquiátricas, a POC destaca-se (Sinha & Sinha, 2019).

Em alguns estudos as dimensões física, social e psicológica de pessoas com POC apresentam valores médios significativamente inferiores aos que foram obtidos pelo grupo de Controlo, sendo todas as diferenças significativas, o que vem ao encontro dos resultados obtidos por vários autores. A maioria dos estudos nesta área apontam os domínios de natureza pessoal, particularmente psicológico e social com os mais afetados por esta perturbação (Vivan et al., 2013).

A revisão da literatura nesta área indica que o impacto da POC na qualidade de vida pode ser devastador, afetando negativamente vários domínios da vida da pessoa, podendo repercutir-se também nos familiares e amigos. Aliado a esta questão, surge também um ponto que merece maior cuidado, o risco de suicídio que provavelmente tem vindo a ser subestimado, merecendo assim maior atenção por parte dos profissionais de saúde mental (Torresan et al., 2007)

A existência de algum quadro psicopatológico por si só frequentemente altera a perceção que a pessoa tem da sua qualidade de vida, afetando desta forma a avaliação subjetiva da pessoa em diversos domínios da qualidade de vida. Por outro lado, a severidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e a presença de outras comorbilidades, por exemplo, depressão, constituem um indicador de uma qualidade de vida inferior (Trettim, 2017).

A qualidade de vida de pessoas com POC mostrou pelos vários estudos estar correlacionada com múltiplos fatores de natureza mais geral, mas também outros mais particulares, concretamente, a interação com o meio e a qualidade do ambiente social no qual a pessoa está inserida (Subremaniam et al., 2013).

A maioria dos estudos aponta os domínios psicológico e social como os mais afetados na percepção de qualidade de vida de pessoas com POC, embora se deva também dar destaque ao domínio físico, concretamente associado a fatores, como a duração da doença, o número de compulsões e o nível de sintomatologia depressiva (Subremaniam et al., 2013).

Para além dos prejuízos significativos na qualidade de vida dos indivíduos com POC nas esferas psicológicas, sociais e físicas, importa referir que a existência de comorbidades, nomeadamente ansiedade ou depressão, contribui para a diminuição do nível de qualidade de vida das pessoas com POC (Remmerswaal et al., 2016).

Por outro lado, é importante referir que segundo os estudos nesta área, o acompanhamento em psicoterapia e a terapia farmacológica significam índices de percepção de qualidade de vida maiores nas pessoas com POC e menor prejuízo no seu funcionamento (Remmerswaal et al., 2016). De acordo com os mesmos autores, também a maior ou menor gravidade das obsessões e compulsões, aliadas a eventuais sintomas depressivos correlacionam-se com a qualidade de vida dos indivíduos com POC.

O impacto da POC na qualidade de vida das pessoas com POC tem sido confirmado por todos os estudos consultados neste trabalho, salientando-se os domínios social e psicológico como os mais comprometidos (Sinha & Sinha, 2019). O impacto negativo da POC na esfera social está associado fortemente a sintomas e comportamentos por exemplo de evitamento de algumas situações sociais e da grande energia de dispendir recursos para

ocultar estes comportamentos e por outro lado, pelo evitamento de experiências sociais com amigos, viajar ou mesmo manter uma relação íntima.

É importante referir que quase todos os estudos literatura a que se recorreu para a realização deste trabalho apontam o domínio psicológico e social com os dois que mais afetam a qualidade de vida das pessoas com POC, ainda assim segundo a base teórica deste estudo, o domínio psicológico parece ainda assim ser o que mais afetada na vida e experiências de pessoas com POC.

No presente estudo, surge a par do domínio social (40, 62), a área física, com o mesmo valor.

A área física de avaliação da qualidade de vida inclui itens relacionados com a presença de dor e desconforto na pessoa que vive com POC, assim como outro tipo de sintomatologia: energia ou cansaço; sono; atividades de vida diária; capacidade de trabalho e dependência ou independência.

Em resumo e recordando todos os autores e estudos que foram referidos e estudados para a realização deste trabalho pode-se dizer que sendo a POC uma doença incapacitante para muitas pessoas, naturalmente que afeta domínios e áreas da sua qualidade de vida, umas com maior impacto do que outras.

Hipótese 3: É esperado que a pessoa com POC tenha mais dificuldade, ansiedade e evitamento nas relações com Pais ou com pares e relações mais íntimas?

No presente estudo, os valores de evitamento são mais elevados em relação ao Pai, relativamente ao companheiro ou amigo, sendo a diferença entre os valores de evitamento pai e de amigo estatisticamente significativas.

Por outro lado, a diferença entre os valores de evitamento companheiro e de amigo também é estatisticamente significativa.

Antes destes dados e resultados serem alvo de discussão e exploração mais detalhada, importa referir que esta escala não é especificamente para aplicação em pessoas com POC, mas em adultos em geral, o que naturalmente pode limitar algumas conclusões mais específicas e realistas.

Esta escala no fundo constitui uma medida psicológica que avalia o estilo de apego em adultos, ou seja, o modo como as pessoas pensam, sentem e se comportam nas diferentes relações interpessoais, concretamente o grau de evitamento que têm em quatro tipos de relações distintas e também o grau de ansiedade.

Segundo Roazi et al. (2018), esta escala é muito utilizada em pesquisas e estudos acerca da qualidade das relações interpessoais, dados que também ajudam os profissionais de saúde a terem uma visão mais abrangente da pessoa, para além da doença e por outro lado, uma compreensão melhor da sua história.

No caso do presente estudo, os resultados apontam com o valor mais elevado de evitamento e ansiedade a relação com o pai, o que pode significar que muitos dos pais desta amostra podem ser figuras de vinculação com um perfil mais crítico, hostil ou mesmo desinteressado. Neste sentido, muitas pessoas com POC que participaram neste estudo é com o pai que evitam partilhar o que pensam e sentem, confiam menos do que em relação às outras figuras e evitam mostrar o que sentem e as coisas que fazem, sobretudo ao que parece por questões de vergonha e medo da rejeição, características muito presentes em pessoas com POC.

De referir que os resultados mais baixos na aplicação desta escala no presente estudo, foi a relação com a mãe que teve os scores mais baixos, facto que pode ter na sua explicação o facto das mães das pessoas com POC deste estudo serem figuras de vinculação mais securizantes e tenham um perfil mais empático e compreensivo e por este motivo a pessoa

com POC sente-se mais segura e confiante na relação com a mãe e no caso concreto deste estudo, provavelmente melhor compreensão da doença e aceitação da pessoa.

De salientar que este resultado coincide com os estudos de (Ali, 2015) que também sugerem que as pessoas com POC têm maior conflito na relação com o Pai, sobretudo devido à sua atitude mais hostil, menos compreensiva e distante. Também a mãe surge nestes estudos, assim como no presente trabalho como a figura com a qual a pessoa com POC tem uma relação mais saudável, percebida como mais empática e compreensiva.

Neste estudo, os resultados de evitamento e ansiedade na relação com o companheiro surgem como os segundos mais elevados, a seguir ao pai, sendo por exemplo os valores do companheiro e do amigo estatisticamente significativos. Também nos estudos de Yazdi-Ravandi et al., (2018) se identifica uma relação frequentemente tensa da pessoa com POC com o seu companheiro/a que se traduz num maior distanciamento físico e emocional e pior qualidade da relação, pois na realidade, os desafios de uma relação com alguém com POC são grandes, particularmente devido à presença de pensamentos intrusivos geradores de ansiedade que levam regra geral a comportamentos repetitivos, rituais que interferem na dinâmica familiar, relacional.

De salientar, tal como identificado por outros estudos aqui referidos que para a pessoa com POC pode muito difícil e doloroso estabelecer uma relação íntima, nomeadamente devido às questões de vergonha e autoestima em partilhar que tem POC, uma doença que aos olhos dos outros e do próprio é bizarra (Yazdi-Ravandi et al., 2018).

Os resultados obtidos neste estudo em relação às características da relação da pessoa com POC com amigos ou mais especificamente com o melhor amigo, coloca a relação com os amigos como a segunda pautada por menos evitamento e ansiedade.

Os estudos de corroboram estes resultados uma vez que os amigos são percebidos pela pessoa com POC como compreensivos e empáticos, embora seja importante referir que segundo alguns estudos aqui apresentados, a pessoa com POC esconde muitas vezes, pelo menos no início após o diagnóstico a doença dos amigos. O medo da rejeição, a vergonha e o constrangimento impede muitas vezes esta partilha da pessoa com POC com os amigos. Contudo, quando existe um melhor amigo frequentemente a pessoa partilha (Ali, 2015).

Na relação com o melhor amigo/amigos a partilha da doença que normalmente é feita algum tempo depois do diagnóstico, identifica-se por parte do melhor amigo/amigos, uma postura compreensiva e simultaneamente de preocupação e iniciativa em apoiar a pessoa com POC Yazdi-Ravandi et al., (2018) que permite a manutenção de relações próximas, frequentes, evitando assim o isolamento social que acontece na vida de muitas pessoas com POC. Também o facto da pessoa com POC perceber a relação com o melhor amigo/amigos particularmente em relação à sua doença como uma postura de respeito, a sensação de gratificação na relação aumenta o que naturalmente tem um impacto positivo na qualidade de vida da pessoa com POC (Yazdi-Ravandi et al., 2018)

Em termos gerais, pode-se dizer que as relações nas quais a ansiedade é relevante, as pessoas geralmente adotam uma postura de ignorar as situações e acontecimentos e considerar a relação negativa, o que efetivamente aumenta o nível de ansiedade na própria relação (Martins et al., 2015). Os mesmos autores referem que as relações nas quais o evitamento é significativo, as pessoas evitam expressar o que sentem e pensam e por isso muitas coisas ficam contidas.

Segundo Moreira et al. (2015) e tendo como base um dos estudos efetuados pelos respetivos investigadores sugerem nos seus resultados que níveis mais altos de ansiedade

correspondem também a níveis mais altos de evitamento, ou seja, conclui-se que neste estudo de Moreira et al. (2015) evitamento e ansiedade nas relações estão correlacionados.

De facto, tanto a ansiedade, como o evitamento têm interferência negativa nas relações, afetando a relação, concretamente em termos de satisfação na relação (Hudson et al., 2015). Neste sentido, tanto a ansiedade como o evitamento nas relações levam as pessoas a avaliar a sua relação de forma negativa, com probabilidade maior de considerarem a relação pouco gratificante (Graham et al, 2020).

O presente estudo vai no sentido dos estudos apresentados acima, nomeadamente que a ansiedade e evitamento se correlacionam, o que é confirmado pelos resultados obtidos neste estudo nos quais os valores de ansiedade geral (4,83) e de evitamento geral (4,86) confirmam os resultados do estudo apresentado (Moreira et al, 2015),

Hipótese 4

É esperado que as pessoas com POC tenham uma perceção negativa acerca das suas relações mais próximas?

De acordo com os resultados obtidos neste estudo e descritos no capítulo próprio, resultados, os dados obtidos sugerem que algumas pessoas com POC têm uma perceção negativa acerca das suas relações mais próximas.

Na realidade e de acordo com os resultados obtidos os níveis de ansiedade geral e evitamento geral nas relações próximas em geral estão ambos muito semelhantes, o que como vimos é normal, quanto maior o evitamento, maior a ansiedade nas relações interpessoais. Assim, os resultados apontam para que os valores de evitamento geral e ansiedade geral são estatisticamente significativos e acima do ponto médio.

Por outro lado, os resultados da escala ECR-RS geral que dá uma perceção geral das relações em geral da pessoa e os sentimentos da pessoa associados a essa relação, foca as

questões de confiança, apoio em situações difíceis, expressar o que se sente e o medo da rejeição, exclusão e abandono como os elementos mais importantes nas relações interpessoais.

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar se a POC tem impacto na qualidade de vida das pessoas que sofrem desta patologia e por outro lado, também identificar e avaliar se a POC tem interferência e impacto nas relações interpessoais. Em termos de objetivos específicos estiveram associados a identificar e compreender quais os domínios da qualidade de vida é que a POC tem mais impacto negativo. No que diz respeito às relações interpessoais pretendeu-se também identificar as características das relações das pessoas com POC, concretamente com a mãe, pai, companheiro/a, melhor amigo/a.

A amostra deste estudo foi composta por 56 pessoas com POC com mais de 18 anos, com uma média de idades de 30, 8 e variando entre os 18 e os 53 anos, a maioria do sexo masculino.

Para a realização deste estudo foram formuladas quatro hipóteses, sendo que algumas se confirmaram, contudo, e devido à escassa literatura na área das relações interpessoais de pessoas com POC, uma das hipóteses e a respetiva resposta foi apoiada e comparada com poucos estudos.

As conclusões deste estudo são apoiadas e vão de encontro aos resultados de investigações nesta área referidas ao longo do trabalho, na maioria dos elementos das hipóteses formuladas, com algumas exceções que foram descritas ao longo da discussão de resultados.

Neste sentido, apurou-se que a POC tem impacto negativo na qualidade de vida da pessoa, neste estudo curiosamente o valor mais elevado está associado ao nível do meio ambiente, resultado que coincide apenas com um estudo consultado e referido neste trabalho. No entanto, em segundo e terceiro lugar surgem os domínios psicológico e social, resultado que é coincidente com todos os estudos e literatura consultada acerca deste tópico. A análise

estatística dos resultados obtidos pela aplicação do teste de avaliação da qualidade de vida (Whoqol- bref), demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios de qualidade de vida, físico, relações sociais e psicológico quando comparados com o domínio meio ambiente, sendo a diferença estatisticamente significativa.

Na hipótese formulada associadas às relações interpessoais os resultados obtidos vão de encontro à maioria da literatura e dos escassos estudos encontrados nesta área específica do impacto da POC nas relações interpessoais.

No presente estudo e atendendo ao tipo de relações que os sujeitos estabelecem, com foco na ansiedade e evitamento nas relações, concretamente no caso deste estudo, pai, mãe, companheiro/a e melhor amigo, os valores de evitamento são mais elevados em relação ao Pai, relativamente ao companheiro ou amigo, sendo a diferença entre os valores de evitamento pai e de amigo estatisticamente significativas.

Por outro lado, a diferença entre os valores de evitamento companheiro e de amigo também é estatisticamente significativa.

No caso do presente estudo, os resultados apontam com o valor mais elevado de evitamento e ansiedade a relação com o pai, o que pode significar que muitos dos pais desta amostra podem ser figuras de vinculação com um perfil mais crítico, hostil ou mesmo desinteressado.

De referir que os resultados mais baixos na aplicação desta escala no presente estudo, foi a relação com a mãe que teve os scores mais baixos, facto que pode ter na sua explicação o facto das mães das pessoas com POC deste estudo serem figuras de vinculação mais securizantes e tenham um perfil mais empático e compreensivo e por este motivo a pessoa com POC sente-se mais segura e confiante na relação com a mãe e no caso concreto deste estudo, provavelmente melhor compreensão da doença e aceitação da pessoa.

De salientar que este resultado coincide com os estudos consultados e literatura.

Neste estudo, os resultados de evitamento e ansiedade na relação com o companheiro surgem como os segundos mais elevados, a seguir ao pai, sendo por exemplo os valores do companheiro e do amigo estatisticamente significativos. Também em outros estudos apresentados neste trabalho se identifica uma relação frequentemente tensa da pessoa com POC com o seu companheiro/a.

Os resultados obtidos neste estudo em relação às características da relação da pessoa com POC com amigos ou mais especificamente com o melhor amigo, coloca a relação com os amigos como a segunda pautada por menos evitamento e ansiedade.

Na verdade, o facto da pessoa com POC perceber a relação com o melhor amigo/amigos particularmente em relação à sua doença como uma postura de respeito, a sensação de gratificação na relação aumenta o que naturalmente tem um impacto positivo na qualidade de vida da pessoa com POC.

No trabalho aqui apresentados, especificamente nos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos é possível verificar o forte impacto da doença na vida das pessoas e das redes relacionais mais próximas, ao mesmo tempo que se nota que em muitos casos é a POC que rege a pessoa, o seu dia a dia, as suas relações, a sua vida.

Foi igualmente possível compreender que muitas pessoas vivem durante muito tempo em silêncio com esta que é uma doença incapacitante e que gera altos níveis de ansiedade e sofrimento e também por isso por vezes a procura de ajuda profissional é tardia e até inexistente, daí os dados de prevalência não serem realistas, muitas pessoas não procuram ajuda e, portanto, não estão diagnosticadas.

Uma das coisas mais difíceis e geradoras de grande angústia e sofrimento é o facto da POC apresentar-se com sintomas e comportamentos que podem ser considerados bizarros

para a maioria das pessoas e ao mesmo tempo o facto da pessoa com POC reconhecer que os seus pensamentos, imagens e ideias persistentes e intrusivos são irracionais mas ainda assim criam ansiedade e necessidade muitas vezes de realizar comportamentos repetitivos. Na realidade este juízo crítico e reconhecimento da irracionalidade dos seus pensamentos causa uma sensação de grande impotência e sofrimento.

No fundo neste estudo falamos de saúde mental que apesar do crescente interesse na área está longe de ser uma prioridade.

É preciso que se sensibilize as pessoas, as sociedades que as doenças psiquiátricas podem “matar”, que ninguém culpa de ter e que ninguém escolhe.

É fundamental que se aposta na psicoeducação dos doentes e pessoas próximas dos sujeitos com POC, para que possam compreender o funcionamento da doença e poder também expressar os seus sentimentos e emoções por se ter POC, muitas vezes emoções de raiva e sentimento de frustração.

Na verdade, é imperativo apostar cada vez mais na investigação nesta área, até porque esta pode ajudar na procura e identificação de melhores ou mais amplas soluções de tratamento, contudo é preciso falar com a sociedade abertamente sobre a saúde mental e as perturbações psiquiátricas.

A saúde mental é uma das vantagens competitivas da sociedade por isso é imperativo investir, apostar, cuidar pois só desta forma poderemos ter cada vez mais pessoas a sair da sombra, do silêncio e da solidão que muitas vezes rege a vida das pessoas com perturbações psiquiátricas e em especial das pessoas com POC que foram as protagonistas deste estudo.

Limitações e contributos

Um aspeto a ser considerado pode estar associado à amostra constituída apenas por 56 pessoas e com assimetrias relevantes, predominância elevada do sexo masculino (62, 5%).

É de salientar também a grande dificuldade de reunir amostra e o tempo que as pessoas levaram a responder às escalas preenchidas através do google forms. Na realidade o acesso a pessoas com POC dificultou a operacionalização eficiente da amostra e respetiva aplicação das escalas, que foi conseguido graças ao apoio de alguns profissionais de saúde, psicólogos e psiquiatras que intervêm com pessoas com POC.

Uma das grandes limitações teve a ver com um dos instrumentos utilizados, o questionário associado às relações interpessoais não ser específico para pessoas com POC, mas para a população em geral, facto que pode ter afetado os resultados na medida em que provavelmente um questionário deste tipo específico para pessoas com POC iria contemplar outros aspetos e portanto outro tipo de perguntas mais relacionadas com a convivência com a POC e o impacto nas relações interpessoais.

Por outro lado, os escassos estudos e literatura, sobretudo na área das relações interpessoais em pessoas com POC não permitiram explorar e comparar resultados, o que é indicador da necessidade de porventura apostar em mais estudos nesta área e talvez a construção de um instrumento específico para avaliar esta temática das relações interpessoais em pessoas com POC.

De referir que para a realização deste trabalho provavelmente teve de se afetar mais tempo do aquele que seria necessário em algumas temáticas, devido à dificuldade de se encontrar literatura e estudos, o que se traduziu numa pesquisa exaustiva e prolongada.

De salientar que este estudo compreendeu como instrumentos, medidas de autorrelato e por isso é possível que os participantes possam ter sido afetados pelo viés de desejabilidade social.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir para mostrar que é necessário apostar mais na investigação da POC e das suas implicações, em comparação com outras patologias, a POC não tem grande expressão.

Com este estudo reforça-se a importância de identificar respostas, inclusive de tratamento que contemplem a importância da qualidade de vida e das relações interpessoais, ao mesmo tempo que pode alertar os profissionais de saúde a incluírem na sua avaliação as questões de avaliação da qualidade e da rede de relações da pessoa.

Trata-se de um estudo que compreende questões de saúde mental e de perturbações o que nunca é demais abordar pois apesar de alguns avanços ainda existem estigmas, desconhecimento e falta de compreensão em relação às questões de saúde mental e particularmente das perturbações psiquiátricas.

Este estudo pode ser mais um a contribuir para alertar para a necessidade de prevenção e intervenção em tempo útil que pode naturalmente ser um elemento essencial para a maior qualidade das relações e maior qualidade de vida das pessoas com POC.

Implicações clínicas

É verdade que nunca se falou tanto sobre saúde mental como nos dias de hoje, sobretudo a partir da pandemia e também a realidade que cada vez mais as sociedades, as pessoas apostam em saber mais e estão francamente mais disponíveis para compreender as doenças que afetam a saúde mental. Neste sentido, a realização de mais estudos e mais literatura sobre as perturbações é importante para aumentar a literacia acerca da saúde mental e a psicoeducação das pessoas sobre estes temas.

Este estudo constitui mais um meio valioso de chamar a atenção para a necessidade de perspetivar a pessoa para além da doença, o que implica que é essencial olhar a pessoa com POC numa abordagem mais holística, multidimensional e em contexto, o que significa que é

fundamental avaliar outras coisas para além dos sintomas, nomeadamente a qualidade de vida e relações interpessoais da pessoa. Desta forma será possível também conhecer os fatores de risco e os fatores protetores da pessoa e do seu meio envolvente para criar respostas de tratamento mais individualizadas e eficiente.

De facto e à semelhança, de todas ou quase todas as perturbações de foro psiquiátrico, a POC é também uma doença da família, das pessoas próximas da pessoa com POC, o que significa que para que o tratamento tenha sucesso e progresso é imperioso que essas pessoas próximas tenham mais informação sobre a doença e sejam educadas acerca das melhores estratégias para lidar com o seu familiar amigo, companheiro e outros. Para além da intervenção psicoeducativa que o profissional de saúde deve realizar com as pessoas próximas da pessoa doente, a criação de grupos terapêuticos de pessoas da rede próxima da pessoa com POC e a sua proliferação constitui uma vantagem valiosa para doentes e pessoas próximas.

É preciso também atender ao fato de que a POC ser uma doença bastante incapacitante e desgastante quer para a pessoa, em primeira instância, mas também pode ser para as pessoas que convivem de perto com a pessoa com POC. Por este motivo, é fundamental que os profissionais de saúde alertem para esta situação e apoiem essas pessoas.

Todos somos seres sociais, o que significa que embora em diferentes níveis quer de necessidade ou de interesse, todos precisamos de estar uns com os outros.

Também por este motivo é fundamental que a abordagem diagnóstica, de intervenção terapêutica, farmacológica ou não farmacológica e o prognóstico da doença atenda às dimensões sociais desta doença, particularmente da pessoa que a vive.

Este maior destaque deste aspeto social, a par de mais investigação sobre esta temática em específico pode efetivamente traduzir-se em melhores resultados terapêuticos para as pessoas com POC.

Sugestões para futuras investigações

Sugere-se que novos estudos sejam realizados de forma a aprofundar a temática, salientando o interesse de estudos longitudinais de forma a ir avaliando o progresso das pessoas com POC em tratamento.

Parece de interesse também estudos que se dediquem a perceber a importância de incluir na avaliação da pessoa com POC, a avaliação da qualidade de vida e igualmente a avaliação

No futuro sugere-se que em estudos como os do presente trabalho se recorram a outro tipo de instrumentos para além de escalas de auto relato, por exemplo medidas de avaliação baseadas na observação clínica e outros instrumentos mais específicos para pessoas com POC podem constituir uma vantagem.

Pesquisas futuras acerca da temática deste estudo devem procurar ter uma amostra mais ampla e sem predominância de um dos sexos.

No futuro seria uma mais valia apostar em mais investigações acerca do meio social e das relações interpessoais de pessoas com POC, pois como verificamos, constituem aspetos particularmente difíceis e muito exigentes para pessoas com POC e que têm um impacto forte na sua qualidade de vida, particularmente no domínio social.

Perante isso, e sendo o ser humano um ser social, é sem dúvida importante que a abordagem diagnóstica, terapêutica e prognóstica da POC tenha em devida consideração as dimensões sociais da doença. Essa atenção, devidamente apoiada por uma investigação

científica mais forte, irá certamente repercutir-se em melhores resultados terapêuticos para os pacientes com patologia obsessivo-compulsiva.

Sabemos que as relações interpessoais e familiares são essenciais no tratamento e processo psicoterapêutico das pessoas com POC, por este motivo sugere-se mais investigação e literatura acerca desta temática, de forma que se equacione e se dê mais importância na avaliação e intervenção de pessoas com POC, incluírem as redes relacionais mais próximas da pessoa com POC. Na realidade, estudos que reforcem o impacto das doenças de foro psiquiátrico nas relações da pessoa com a POC são relevantes sobretudo porventura para uma reavaliação do modelo de intervenção na POC.

Referências

- Ahmed, F., Begum, M., Wahab, M. A., & Ahmed, S. K. (2017). Quality of life of patients with obsessive compulsive disorder. *Bangladesh Journal of Psychiatry*, 29(1), 18–22. <https://doi.org/10.3329/bjpsy.v29i1.32747>
- Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. de M., Cardoso, C. L., Menzel, H. J. K., & Ceccato, M. das G. B. (2017). Qualidade de vida e características associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(5), 1705–1716. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- Campbell, A. A. (2016). *The Association between Obsessive-Compulsive Disorder Symptom Dimensions and Relationship Functioning*. 1–23.
- Chaudhury, S., Rani Das, P., Murthy, P. S., Diwan, C., A Patil, A., & Jagtap, B. (2018). Quality of life in psychiatric disorders. *Trends in Biomedical Research*, 1(1), 1–4. <https://doi.org/10.15761/jtbr.1000103>
- Fernandes, P. A., & Carvalho, M. R. de. (2016). Alterações Neurobiológicas Verificadas a partir do Tratamento com Terapia Cognitivo-comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322215>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>

- Hou, S. Y., Yen, C. F., Huang, M. F., Wang, P. W., & Yeh, Y. C. (2010). Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(8), 397–407. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(10\)70065-6](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(10)70065-6)
- Moreira-de-Oliveira, M. E., de Menezes, G. B., Loureiro, C. P., Laurito, L. D., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2022). The impact of COVID-19 on patients with OCD: A one-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 147(January), 307–312. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.065>
- Pajouhinia, S., Abavisani, Y., & Rezazadeh, Z. (2020). Explaining the Obsessive-compulsive Symptoms Based on Cognitive Flexibility and Social Cognition. *Practice in Clinical Psychology*, 8(3), 233–242. <https://doi.org/10.32598/jpcp.8.3.10.717.1>
- Rodrigues, P. F. S., Ribeiro, L. P., Gonçalves, D., & Pinto, A. (2018). Perturbação obsessivo-compulsiva em estudantes do ensino superior: relação com a personalidade, satisfação com a vida e depressão. *Revista Psicologia e Educação On-Line*, 1(1), 80–90. <http://psicologiaeeducacao.ubi.pt/revistaOnLine.htm>
- Sinha, N., & Sinha, S. K. (2019). Quality of Life and Functional Disability in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *JMSCR*, 7(2). <https://doi.org/10.18535>
- Torresan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T. de A., & Torres, A. R. (2007). *Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão Quality of life in obsessive-compulsive disorder: a review*. 35(1), 293–303. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5779-3_15
- Trettim, J. P. (2017). Quality of life among young adults with obsessive compulsive disorder: a population-based study. *International Journal of Family & Community Medicine*, 1(2), 22–27. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2017.01.00007>
- Velloso, P., Piccinato, C., Ferrão, Y., Perin, E. A., Cesar, R., Fontenelle, L. F., Hounie, A. G.,

& do Rosário, M. C. (2018). Clinical predictors of quality of life in a large sample of adult obsessive-compulsive disorder outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 86(September), 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.007>

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Pedido de Instrumento de Avaliação da QV

Apêndice B - Pedido de Instrumento da Escala ECR-RS

APÊNDICE A

Pedido de Instrumento de Avaliação QV



Pedido de instrumento de avaliação | Qualidade de Vida

Nome	Ricardo
E-mail	ricardodeoliveiracoelho@gmail.com
Área de formação do requerente	Psicologia
Já concluiu a sua formação?	Não
O instrumento de avaliação será utilizado para fins	Académicos/Investigação
Nome	Manuel Domingos
E-mail	manuel.neurocognidom@gmail.com
Instituição	Universidade Lusíada de Lisboa
Título	Perturbação Obsessiva Compulsiva - Impacto na Qualidade de vida e nas Relações Interpessoais
Tipo de população	Adultos
Tamanho de amostra previsto	50
Qual o questionário desejado	WHOQOL-Bref
	Accepted

Now create your own Jotform - It's free!

[Create a Jotform](#)

Caro Ricardo Coelho,
Obrigada pelo seu contacto.
Tem a minha autorização para usar a ERP-ER.
Cumprimentos,
Helena Moreira

--

Helena Moreira, PhD
Assistant Professor
Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Coimbra, Portugal
CINEICC [Center for Research in Neuropsychology and Cognitive-Behavioural Intervention]

<http://cineicc.uc.pt/>

<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.html>

https://www.researchgate.net/profile/Helena_Moreira/research

APÊNDICE B

Pedido de Escala ECR-RS



Pedido de instrumento de avaliação | Relações afectivas

Nome	Ricardo
E-mail	ricardodeoliveiracoelho@gmail.com
Área de formação do requerente	Psicologia
Já concluiu a sua formação?	Não
É membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses	Não
O instrumento de avaliação será utilizado para fins	Académicos/Investigação
Nome	Manuel Domingos
E-mail	manuel.neurocognidom@gmail.com
Instituição	Universidade Lusíada de Lisboa
Título	Perturbação Obsessiva Compulsiva - Impacto na Qualidade de vida e nas Relações Interpessoais
Tipo de população	Adultos
Tamanho de amostra previsto	50
Qual o questionário desejado	ECR-RS
	Accepted

[Now create your own Jotform - It's free!](#)

[Create a Jotform](#)

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Escala ECR-RS

Anexo B - Escala de Avaliação QV – Woqol-bref

ANEXO A
Escala ECR-RS

ECR – RS [versão geral]

Por favor leia cada uma das frases e classifique o grau em que acredita que cada frase descreve os seus sentimentos acerca das suas **relações próximas no geral**.

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	Ajuda-me poder contar com as pessoas em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com os outros.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com as outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nos outros.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com os outros.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar aos outros como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo-me frequentemente que as outras pessoas não gostem realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que as outras pessoas possam abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Preocupo-me que os outros não gostem tanto de mim quanto eu gosto deles.	1	2	3	4	5	6	7

ECR – RS [domínios relacionais]

Neste questionário vamos fazer-lhe algumas perguntas sobre a **sua relação com algumas pessoas que desempenharam ou desempenham um papel importante na sua vida** (bom ou mau). Ser-lhe-ão feitas perguntas sobre os seus pais, companheiro(a), e melhor amigo.

Por favor indique em que medida concorda ou discorda com cada frase, colocando um círculo à volta do número que me melhor traduzir a sua resposta.

Por favor, responda às seguintes questões relativamente à sua **mãe ou figura materna**.
Se a sua mãe ou figura materna já tiver falecido, gostaríamos que respondesse tendo em conta a forma como se sentia quando ela estava viva.

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1 Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2 Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3 Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4 Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5 Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6 Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7 Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8 Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9 Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, responda às seguintes questões relativamente ao seu **pai ou figura paterna**.
Se o seu pai ou figura paterna já tiver falecido, gostaríamos que respondesse tendo em conta a forma como se sentia quando ele estava vivo.

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1 Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2 Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3 Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4 Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5 Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6 Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7 Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8 Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9 Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7



Por favor, responda às seguintes questões relativamente ao/à **seu(sua) companheiro(a)** (e.g., marido(esposa), namorado(a), etc.).
 Se no momento presente não tiver nenhuma relação, responda às questões pensando num(a) companheiro(a) anterior ou numa relação que gostasse de ter com alguém.

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, responda às seguintes questões relativamente ao seu **melhor amigo**:

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO B

Escala Wqol-bref

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1 ^o -4 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	5 ^o -6 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	7 ^o -9 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	10 ^o -12 ^o anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
	Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5