



Ana Sofia Frade
Cardoso Luís

**A integração da família no
processo terapêutico do pré-
adolescente / adolescente com
Anorexia Nervosa**

Relatório do Trabalho de Projeto no âmbito
do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria, realizado sob a orientação científica do
Professor Doutor Joaquim Lopes

dezembro de 2013



Ana Sofia Frade
Cardoso Luís

**A integração da família no
processo terapêutico do pré-
adolescente / adolescente com
Anorexia Nervosa**

Relatório do Trabalho de Projeto de
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria, realizado sob a orientação científica do
Professor Doutor Joaquim Lopes

dezembro 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O orientador,

Setúbal, de de

At first I believed my thoughts were normal when I looked in the mirror—you don't expect your eyes to lie. I felt such self loathing that I drastically reduced my food intake and did a lot of exercise. I felt better about myself and decided that once I'd lost a pound or two I would eat normally again. When it came to it I was too scared. It felt good to lose a couple of pounds but it became addictive. If I did a certain amount of exercise one day, the next day I had to do at least the same amount. I ended up feeling physically rubbish, but my mind said I'm a horrible person who deserves pain. Paranoia sets in. You're convinced people think you are fat even when they say you are not. Your mind tells you they are lying, until you find you can't trust anyone. Living with anorexia is a constant battle between two evils. On one hand eating feels like an evil thing, but other people see that very belief as the evil. When I feel I really must starve or exercise I get angry with the nurses. Other times it's a relief though, because at least they take the responsibility away from me.

(S, aged 17)

Morris & Twaddle

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Joaquim Lopes pelas excelentes orientações científicas e pedagógicas disponibilizadas ao longo deste percurso, pela paciência, colaboração, incentivo, assertividade e notáveis capacidades científica, teórico-prática, vivencial e experiencial demonstradas.

Ao Sr.º Enfermeiro-chefe António Nabais pela disponibilidade e apoio fornecidos ao longo do estágio e pela sua visão e pertinência aquando da abordagem ao projeto de intervenção em serviço e ainda enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – orientador de estágio – pelo auxílio oferecido no percorrer deste caminho, iluminado com a sua vasta experiência e sabedoria na área da Psiquiatria da Infância e Adolescência e pelo gosto que transmite no exercício da prestação de cuidados e de toda a sua atividade profissional.

À equipa de enfermagem do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência que integrei durante o estágio, a qual me ensinou o verdadeiro sentido de uma equipa multidisciplinar, possibilitou a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências teórico-práticas atualizadas, assim como vivências impressionantes de situações de cuidados que me tocaram profundamente. Equipa extremamente humana e competente que fala a linguagem da relação de ajuda e da tolerância, de uma forma impressionante, invejável e arrepiante.

Aos utentes que cuidei e suas famílias, pela aprendizagem que me proporcionaram, pelas alegrias que me deram e também tristeza e impotência que me fizeram sentir na pele...

À colega de estágio e de mestrado Susana Correia, por me ter ajudado a integrar no seu serviço e me ter fornecido materiais e apresentado/indicado pessoas que foram fundamentais no meu percurso.

Aos meus colegas do serviço de pediatria e enfermeiro-chefe, que me apoiaram e deram força nos momentos em que fraquejava e vacilava.

Ao meu marido, família e amigos, por sempre acreditarem em mim e não terem dúvidas quanto ao sucesso dos frutos do meu trabalho.

A todos o meu enorme agradecimento, pois sem todos vós este trabalho seria uma utopia.

RESUMO

A anorexia nervosa (AN) em crianças e adolescentes é uma patologia psiquiátrica importante, dadas as limitações físicas e psíquicas que podem comprometer a sua vida. A importância do afastamento ou presença da família junto destes utentes é controversa e alvo de estudo.

Este relatório de projeto foi elaborado no âmbito do segundo Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal e os seus objetivos consistiram em relatar um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), elaborado com base na Metodologia de Projeto, assim como proceder à análise crítica das competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O PIS teve por base o estágio realizado numa unidade de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do nosso país e contemplou as fases de diagnóstico e de planeamento da metodologia de projeto.

Da questão de partida *“Como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com AN é integrada no processo terapêutico?”*, partiu-se para o Diagnóstico de Situação, onde foram utilizadas ferramentas como a observação participante, FMEA, análise dos registos de enfermagem, questionário e *Focus Group*.

Foi definido como objetivo geral:

- *Conhecer como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com AN é integrada no processo terapêutico.*

Após o conhecimento das necessidades da população alvo – os enfermeiros – a linha teórica orientadora do projeto foi a Teoria das Transições, de Meleis, dada a identificação da sua teoria às necessidades apresentadas.

A fase de planeamento pretendeu dar resposta à questão decorrente do diagnóstico e inspirada na teoria de Meleis, *“Como é que o enfermeiro pode ajudar estes pais na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico?”*.

Concluimos que a terapia familiar e os grupos familiares psicoeducativos são dois tratamentos de eleição para crianças e adolescentes com AN e que seria benéfica a formação da equipa de enfermagem nestas duas abordagens psicoterapêuticas.

Como limitações do projeto destacam-se a impossibilidade de realização da fase de execução, assim como a escassez de publicações relacionadas com o papel do enfermeiro na abordagem à família da criança/adolescente com AN.

Palavras-Chave: Metodologia de Projeto, Criança e Adolescente com Anorexia Nervosa, Família, Competências, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ABSTRACT

Anorexia Nervosa (AN) on children and teenagers is an important psychiatric pathology, since it may cause physical and psychiatric limitations, which can compromise their lives in the future. The importance of being separated or present among their family is controversial and aim of study.

This project report was elaborated according to the second Nursing Master's Degree on Mental and Psychiatric Health, of *Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal* and its aims consisted on reporting an Intervention Project in Service (IPS) produced and based on the Project Methodology and also to proceed with the critical analysis of the competences of the Mental and Psychiatric Health Nursing Master.

The IPS was based on an internship done on a Child and Adolescent Psychiatric inpatient unit in our country and it contemplated the diagnosis and planning phases of the project methodology.

On the starting point "*How can the family of the pre-adolescent and adolescent patients diagnosed with AN be integrated on the therapeutic process on a Child and Adolescent Psychiatric inpatient unit?*", the starting point for the Situation Diagnosis, where tools were used, such as participant observation, FMEA, analysis of the nursing records, inquiry and *Focus Group*.

As a main aim, it was defined to:

- *Know how the family of the pre-adolescent and adolescent patients diagnosed AN can be integrated on the therapeutic process on a Child and Adolescent Psychiatric inpatient unit?*

After examining the target population group needs – the nurses – the theoretical guideline was the *Transition Theory*, of Meleis, given the identification of her theory to the presented needs.

The Planning Phase intended to give an answer to the arising question of the diagnosis and is inspired on Meleis theory, "*How can nurses help these parents on the transition role from customer to therapeutic resource?*"

We conclude that the family therapy and the family groups psychoeducation are two treatments to take into consideration for children and adolescents diagnosed with AN. Training nursing staff would be advantageous for these two psychotherapeutic approaches.

The limitations of the project highlighted the inability of carrying out the Implementation Phase, as well as the shortage of publications related to the nurse's role on family approach of the child / adolescent with AN.

Key words: Project Methodology, Child and Adolescent diagnosed with Anorexia Nervosa, Family, Competences, Mental and Psychiatric Health Nursing

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	15
1. Problemática	15
2. Campo de Estágio – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência	21
3. Questão de Partida	26
4. Objetivo	27
5. Enquadramento Teórico	28
5.1 Sobre a Anorexia Nervosa.....	28
5.1.1 A Adolescência.....	28
5.1.2 Perturbação do Comportamento Alimentar em Pré-Adolescentes e Adolescentes – A Anorexia Nervosa.....	31
5.1.3 Crise, Internamento e Intervenção.....	36
5.1.4 Compreensão da Família nas Perturbações do Comportamento Alimentar	45
5.2 Sobre a Enfermagem.....	51
5.2.1 Papel da Enfermagem.....	51
5.2.2 Pensar Enfermagem - Teoria das Transições de Meleis.....	52
6. Metodologia	62
6.1 Diagnóstico.....	63
6.2 Discussão dos Resultados do Diagnóstico.....	80
6.3 Planeamento.....	86
6.4 Avaliação Final do Projeto de Intervenção em Serviço.....	112
6.5 Divulgação dos Resultados.....	115
6.6 Questões Éticas.....	116
PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	118

PARTE III – CONCLUSÃO	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	138
ANEXOS	146
Anexo I – Plano Terapêutico por Etapas	
Anexo II – Protocolo clínico para a Anorexia Nervosa da unidade	
Anexo III – Critérios diagnósticos da anorexia nervosa pré-pubertária e intra-pubertária	
Anexo IV – Critérios Clínicos para Internamento de acordo com a APA	
Anexo V – Hierarquia da evidência e esquema de recomendações de classificação	
Anexo VI – Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	
APÊNDICES	168
Apêndice I – Revisão teórica sobre as questões da origem, classificação diagnóstica e etiologia da anorexia nervosa	
Apêndice II – FMEA – Diagnóstico de Situação – O circuito da família da criança/jovem internado numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA)	
Apêndice III – Tabela de análise das categorias emergentes dos processos	
Apêndice IV – Questionário eletrônico de diagnóstico de situação	
Apêndice V – Análise do questionário eletrônico de diagnóstico de situação	
Apêndice VI – Artigo “A integração da família no processo terapêutico do pré-adolescente/adolescente com Anorexia Nervosa”	

LISTA DE SIGLAS

AN – Anorexia nervosa

BN – Bulimia nervosa

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CFT – Terapia Familiar Conjunta

CPLEESMP – Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

FBT – Family-Based Treatment (Tratamento Baseado na Família)

FT – Family Therapy (Terapia Familiar)

FGP – Family Group Psychoeducation (Grupo Familiar Psicoeducativo)

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

IMC – Índice de Massa Corporal

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

MTP - Metodologia de trabalho de projeto

NCCMH – National Collaborating Centre for Mental Health

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCA – Perturbação(ões) do comportamento alimentar

PG – Pós Graduação

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

RCT - Estudo clínico aleatorizado e controlado

RSL – Revisão sistemática da literatura

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SFT – Separated Family Therapy

TANS – Transtorno Alimentar Não Especificado

UIPIA – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

UC – Unidade(s) curricular(es)

UT – Unidade(s) temática(s)

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - A sequência normal da puberdade em raparigas.....	33
Figura 2 - Teoria das Transições - Teoria de Médio Alcance.....	53
Figura 3 - Modelo de enfermagem das transições.....	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Complicações clínicas na anorexia nervosa e bulimia nervosa.....	37
Tabela 2 - Recomendações do NICE <i>guidelines</i> para a gestão da anorexia nervosa em crianças e jovens.....	39
Tabela 3 – Força de evidência sobre questões-chave para o tratamento da AN...97	

INTRODUÇÃO

No âmbito do segundo Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS), surge o presente relatório de projeto, o qual tem por objetivo relatar o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), através da formulação de um diagnóstico de situação e planeamento da intervenção, no âmbito da resolução de um problema detetado em contexto de estágio, assim como proceder à análise crítica das competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. A área temática eleita para a construção do PIS é a da Psiquiatria da Infância e Adolescência, sendo o espaço físico de realização do estágio uma unidade de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA) do nosso país. A motivação para a escolha do local de estágio prende-se com o interesse e gosto pela área da pediatria – e concomitantemente local de trabalho atual – aliado ao mesmo interesse e fascínio pelo contexto da saúde mental e psiquiátrica nesta mesma população.

Após o conhecimento das necessidades da população alvo em estudo, a inspiração e linha teórica orientadora do projeto foi a Teoria das Transições, de Afaf Ibrahim Meleis, dada a identificação da sua teoria às referidas necessidades apresentadas ao longo do mesmo.

Assim, os objetivos deste relatório compreendem:

- o relato do PIS desenvolvido numa UIPIA, direcionado para a integração da família no processo terapêutico do pré-adolescente/adolescente com anorexia nervosa;
- a análise crítica da aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria ao longo do percurso, que teve início na Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Mental Materno-Infantil e Infanto-Juvenil (PG), passou pelo Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (CPLEESMP) e culminou no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP);
- servir como meio de divulgação dos resultados do trabalho realizado, sinónimo de evidência produzida, com vista a contribuir para uma prática baseada em evidência.

O presente PIS teve como base a Metodologia de Projeto, que é um método centrado na análise e resolução de problemas, que emergem da necessidade de responder a um desejo, de resolver uma necessidade ou de defrontar um desafio. É útil na promoção da

aprendizagem relevante, visto que estabelece conexões com a realidade e desenvolve competências basilares para a formação e desenvolvimento de estudantes, profissionais e até das ciências, como é o caso da Enfermagem (Ruivo *et al*, 2010).

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes, seguidas da Conclusão e Referências Bibliográficas e Eletrónicas. Assim temos:

- Parte I - Projeto de Intervenção em Serviço (PIS): onde é apresentada a problemática (1); e o Campo de Estágio – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (2); explanada a Questão de Partida (3) e o Objetivo (4); realizado o Enquadramento Teórico (5), onde é abordada a problemática da Anorexia Nervosa e a Teoria de Enfermagem e por fim é descrita a Metodologia (6).

- Parte II – é realizada a análise crítica e reflexiva das seis Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A norma de referência bibliográfica utilizada é a Norma Portuguesa 405, mais especificamente, a Norma Portuguesa 405-1, aplicável a documentos impressos publicados, tais como monografias (livros), publicações periódicas (jornais e revistas), documentos legislativos e judiciais, entre outros e a Norma Portuguesa 405-4, referente a documentos eletrónicos.

As Referências Bibliográficas e Eletrónicas conjuntamente com os Anexos e Apêndices constituem a última parte do relatório, destacando-se o Apêndice VI que diz respeito a um artigo científico relativo ao trabalho de projeto apresentado.

O presente relatório encontra-se redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico.

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

1. Problemática

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são quadros clínicos frequentemente ligados à modernidade (Cordás & Claudino, 2002). Com divulgação alargada nos meios de comunicação social, são geralmente associadas a determinados comportamentos e à imagem corporal predominantes nas sociedades ocidentais contemporâneas. Apresentando as suas primeiras manifestações na infância e adolescência, os média têm alertado para hábitos e condutas alimentares deste estrato populacional e riscos associados a tais perturbações. A supervalorização e exposição da imagem e do corpo de acordo com os padrões estéticos vigentes – mundo da moda, televisão ou cinema – conduzem à massificação da ideia preconcebida de um corpo magro, com poucas formas, levando muitos adolescentes à condição de doença, desenvolvendo uma PCA (Nakamura, 2004).

A adolescência corresponde a um dos momentos mais significantes do processo evolutivo, cujo aparecimento remonta aos séculos XVIII e XIX (Braconnier & Marcelli, 2000). Diz respeito a uma época de mudança e, conseqüentemente, a uma crise evolutiva, que vai permitir reelaborar questões mal resolvidas na infância. Nela surge a difícil tarefa de superar diferentes lutos, impostos ao adolescente, relativos a perdas: perda do corpo infantil, dos pais da infância, da identidade infantil e de um funcionamento da sexualidade próprio da infância. O modo como cada jovem experienciará esses lutos, será determinante para ultrapassar a referida crise, assim como para a construção da sua identidade (Knobel e Aberastury, 1992, cit. por Cobelo *et al*, 2007).

De acordo com Feinstein (1975, cit. por Nodin, 1999), esta é uma fase da vida de extrema importância para a maturação psíquica, fundamental ao estabelecimento de uma identidade adulta e sólida. No entanto, esta vivência, de diferentes graus de dificuldade, dependendo da pessoa que a vive, vai depender dos recursos internos que cada um possui para lidar com as situações com que se depara.

A adolescência marca um período que tem por tarefa a assimilação das transformações corporais, psicológicas, comportamentais, sociais, entre outras, envolvendo não só o jovem, mas todos ao seu redor: pais, amigos e escola. A criança dependente vai

adquirindo progressivamente autonomia, o seu corpo vai ser alvo de transformações, dando-se concomitantemente o despertar da sexualidade (Cobelo *et al*, 2007). Todos estes processos com que o indivíduo se depara nesta fase da adolescência poderão fazer emergir problemáticas do campo da depressão, sendo esta considerada uma das mais comuns perturbações emocionais desta fase.

Com o aparecimento da puberdade, as raparigas são confrontadas com as alterações biológicas, com mudanças no seu corpo, que se desvia do padrão sociocultural de beleza ideal. O grau de valorização da magreza e a importância que estas lhe atribuirão, dependerá de aspetos da sua personalidade, sabendo-se que, quanto maiores forem as incertezas sobre si, a necessidade de aprovação pelos outros, a aceitação do ideal sociocultural de beleza e a discrepância entre o corpo real e o corpo ideal, maior será o investimento da jovem para alcançar um ideal de magreza através de dietas (Gouveia, 2000, cit. por Neves, 2008).

Uma das hipóteses avançadas por Cobelo *et al* (2007) para a compreensão do processo que desencadeia as PCA, é encará-lo como uma defesa perante a angústia ativada pelo mal-estar com o novo corpo, originando uma tentativa de desacelerar o crescimento, que parece não acompanhar a capacidade de metabolizar psicologicamente os acontecimentos, aliado ao terror que é sentido com a separação dos progenitores, na busca do seu novo caminho.

As PCA têm aumentado grandemente nas últimas décadas, assumindo maior importância devido ao aumento da prevalência global da mortalidade e morbidade, mas também pelo aumento entre meninas pré-adolescentes, no sexo masculino e em mulheres em idade mais avançadas (Nunes, 1995, cit. por Jorge & Vitalle, 2008). De entre as PCA mais comuns na atualidade destacam-se: a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e a Obesidade. A anorexia e a bulimia nervosas são consideradas epidemias efetivas nas sociedades industrializadas, atingindo sobretudo as mulheres, jovens adultas e adolescentes, representando mais de 90 % dos casos (Ballone, 2001, cit. por Nakamura, 2004). A AN em crianças e pré-adolescentes é menos comum do que na adolescência, no entanto a sua ocorrência nas primeiras idades adquire uma importância superior devido ao seu impacto na puberdade. Warren (1968, cit. por Russel, 2006) faz uma das primeiras descrições, comparando a idade de aparecimento da anorexia relativamente à puberdade, este distingue entre anorexia nervosa “pré-pubertária” (*pre-pubertal*), “pubertária” (*pubertal*) e “pós-pubertária” (*post-pubertal*).

A AN é uma perturbação do comportamento alimentar caracterizada por limitações dietéticas autoimpostas, padrões alimentares bizarros, com marcada perda de peso autoinduzida e sustentada, aliada a um medo intenso de ficar obeso (Busse & Silva, 2004). É menos comum nos rapazes do que nas raparigas (10 % dos casos), mesmo nos pré-púberes, e como tal existe menos evidência produzida.

Do ponto de vista dinâmico, a causa da AN parece encontrar-se nas dificuldades na resolução do processo de separação da mãe numa fase precoce do desenvolvimento infantil (Mintz, cit. por Gabbard, 2006). Os indivíduos com estas perturbações foram ao longo da infância, por norma, crianças super adaptadas, que nunca deram qualquer tipo de problema aos pais e professores (Nodin, 1999).

Bruch (1962), descreve estas crianças (de acordo com os seus pais), como boas e sossegadas, obedientes, confiáveis e excelentes no desempenho escolar, sendo encaradas pelos pais com vaidade. Descreve ainda as mães como escrupulosas no seu conceito de maternidade, mulheres normalmente não realizadas nas suas carreiras e servis dos maridos. Estes, por sua vez, apesar do sucesso social e financeiro, apresentam-se como muito preocupados com as aparências exteriores, com elevadas expectativas em relação aos filhos.

Bemporad e Ratey (1985, cit. por Gabbard, 2006) referem um padrão habitual de envolvimento parental com filhas anoréticas: pai tipicamente carinhoso e apoiante de forma superficial, abandonando emocionalmente a sua filha, sempre que esta dele necessita.

O terapeuta familiar Minuchin e colaboradores (1978, cit. por Gabbard, 2006) descrevem padrões familiares confusos nas famílias destas pacientes, destacando-se uma marcada ausência de limites entre gerações e pessoas e a inexistência de um sentido de identidade distinta da matriz familiar.

As PCA são acompanhadas de várias complicações clínicas relacionadas com o compromisso do estado nutricional e com o uso de práticas inadequadas para o controlo do peso, conjuntamente com a exposição a exercício físico violento. Muitas destas complicações surgem devido ao atraso do diagnóstico e início do tratamento, pois muitas das pessoas doentes ocultam os sintomas e/ou recusam o tratamento.

Uma das temáticas centrais na AN pré-pubertária, e não só, é o controlo. A criança sente-se controlada pelos outros, sentindo que ela pouco controla a sua vida. No entanto, reconhece que pode ter controlo sobre dois assuntos – a ingestão alimentar e o

peso. Assim, é essencial que os adultos seus responsáveis se encarreguem da sua alimentação, na fase inicial do tratamento. É necessário mostrar à criança que são os pais que irão assumir o controle, fazendo com que estes também compreendam essa necessidade, não sendo sinónimo dos pais começarem a controlar todas as áreas da vida da criança. Os pais tendem, por norma, a entrar em conflito, possuindo cada um, uma visão distinta do problema. A criança percebe estas fragilidades na relação parental, aliando-se geralmente a um dos pais. O enfermeiro, que acompanha estas famílias, assume aqui um papel fundamental no reforço junto destas que, não poderão exercer controle, se se encontrarem em desacordo acerca do tratamento, ajudando-as a alcançar um acordo sobre os assuntos fundamentais na recuperação da criança. É importante que o enfermeiro não tome partidos, tentando aconselhar e fomentar um acordo entre os pais (Lask & Bryant-Waugh, 2006).

Num contexto de internamento com crianças/jovens com PCA torna-se indispensável que a equipa de enfermagem possua sólidos conhecimentos acerca deste tipo de patologia e de doentes. O cuidado de enfermagem a clientes com AN requerer dos enfermeiros grande esforço e competência, pois necessitam de vigilância constante, orientação e supervisão, e precisam de estabelecer uma relação de confiança e de apoio emocional. A uniformização das condutas da equipa é de importância vital, assim como a aliança com a família, visto que esta é parte integrante no processo de recuperação (Almeida e Igue, 2004).

Face à necessidade de contextualização do nosso problema no domínio da teoria de enfermagem, surge como referencial teórico do trabalho a *Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis* (2010).

Meleis (2010) conceitualizou na sua teoria uma base teórica para o diagnóstico de problemas de enfermagem, centrada nos conceitos de insuficiência de papel e de suplementação de papel. A insuficiência de papel é antecipada e experienciada pelo cliente durante as transições que vivencia. A suplementação de papel é a base conceitual da intervenção de enfermagem.

Conceitualizou ainda a transição de papel, a qual se traduz por uma mudança nas relações, expectativas ou capacidades relacionadas com determinado papel. A insuficiência de papel, que diz respeito aos problemas potenciais que os indivíduos podem sofrer se não se encontrarem devidamente preparados para a experiência de transição. E a suplementação de papel, que é definida como qualquer processo deliberado, pelo qual a

insuficiência de papel presente ou potencial é identificada pelo tomador do papel ou por outros significativos e as condições e estratégias de clarificação de papel e de tomada de papel são usadas para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica, a fim de diminuir, melhorar ou prevenir a insuficiência de papel. Esta pode ser preventiva ou terapêutica.

A literatura revela diversas situações identificadas pelas enfermeiras como transições. Chick e Meleis identificaram em 1986, três tipos de transições relevantes para a enfermagem: a desenvolvimental, a situacional e a de saúde – doença, as quais serão explanadas na primeira parte do trabalho, em capítulo próprio.

Importa evidenciar que a centralidade do conceito de transição tem implicações para a prática de enfermagem, pois providencia aos seus profissionais um modelo que descreve as necessidades sentidas pelos pacientes durante a admissão, alta, recuperação e transferência. A enfermagem orienta e tem por base do seu conhecimento a ajuda à pessoa a alcançar um sentimento de domínio, um nível de funcionamento e o conhecimento acerca das formas como pode mobilizar a sua energia. Esta disciplina facilita transições relacionadas com a saúde e com a percepção de bem-estar, o que lhe fornece uma perspetiva singular. No seio do modelo da transição, o cuidar é visto como um processo facilitador de transições bem sucedidas, caracterizadas por bem-estar emocional, domínio e bem-estar relacional, cuidar este que não é circunscrito por um início nem por um final medicamente determinado, mas que parte integralmente da autonomia e iniciativa da enfermeira que o pratica (Meleis, 2010).

A pedopsiquiatria é o único serviço da infância em que é interdita aos pais, a permanência junto dos filhos internados nas vinte e quatro horas, sendo a sua presença limitada ao momento da visita. A visita de familiares, pessoas significativas ou representantes legais é realizada de acordo com o Projeto Terapêutico e segundo o plano de cuidados de cada criança/adolescente. No caso dos utentes com AN a visita obedece a normas específicas, atendendo a um plano terapêutico particular, previamente acordado entre a criança/adolescente/família e equipa de saúde, no qual os primeiros são privados do contacto físico e telefónico com a família, numa fase inicial (que pode ter a duração de semanas a meses) do seu projeto terapêutico.

Os pais aguardam, de acordo com o previamente acordado com a equipa, e de acordo com o Plano por Etapas, que será abordado adiante na caracterização do serviço, que seja permitido aos filhos primeiramente realizar chamadas telefónicas para estes (ou

outros familiares, se os utentes assim o desejarem), realizá-las eles próprios para a unidade para falarem com os seus filhos e posteriormente visitar os filhos no serviço.

O único contacto entre pais e filhos ao longo deste tempo de restrição acontece semanalmente – um dia, de forma mediada, na reunião familiar, onde estão presentes a criança/adolescente internado com AN, a família (por norma os pais) e o pedopsiquiatra.

O enfermeiro apenas contacta com a referida família durante este tempo de restrição, aquando dos telefonemas que esta está autorizada a efetuar para a unidade a fim de solicitar informações sobre o filho ou nos momentos em que a ela se desloca para realizar a manutenção do vestuário ou de outros objetos necessários.

2. Campo de Estágio – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

O presente capítulo consiste na descrição e contextualização do terreno onde foi realizado o Estágio. Será realizada uma breve descrição da unidade onde este decorreu e abordados os principais problemas nela admitidos, afunilando posteriormente para as perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a anorexia nervosa. Será, por fim, exposto o protocolo de intervenção na unidade para este tipo de doentes.

Assim, o estágio teve a duração de dezassete semanas, numa unidade de internamento de psiquiatria da infância e adolescência (UIPIA) do nosso país, no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A área de psiquiatria da infância e adolescência em que a referida unidade se encontrava integrada tinha por missão a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental em regime de ambulatório e de internamento à população infantil e juvenil (até aos 18 anos, exclusive) da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados integradas no Serviço Nacional de Saúde. No entanto, devido às condições restritas de que dispunha, a unidade atendia uma população com idade limite de 16 anos (exclusive), possuindo uma lotação de 10 camas para internamento de crianças e jovens, com situações psicopatológicas agudas e subagudas e com exclusão das situações de toxicod dependência e delinquência. A sua missão abrangia, ainda, atividades de formação e ensino, pré e pós-graduado e de investigação.

A metodologia de trabalho adotada no departamento alargado baseava-se na continuidade de cuidados – da promoção da saúde mental à reabilitação – e tratamento multidisciplinar integrado. As intervenções, assentes num trabalho pluridisciplinar, privilegiavam a prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, a continuidade de cuidados, bem como a integração familiar, escolar, social e o combate ao estigma. O evitamento da cronicidade, da marginalização e das sequelas deficitárias eram uma preocupação constante, exigindo, um processo terapêutico longo e um trabalho assíduo com a família e a escola.

A UIPIA contava com uma equipa multidisciplinar constituída por pedopsiquiatras, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogas, terapeuta ocupacional, monitor, secretários de unidade, assim como internos de pedopsiquiatria, estagiários de psicologia e estudantes de enfermagem. Contava ainda com o apoio da assistente social e

da dietista. A equipa de enfermagem era constituída por treze elementos, existindo um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e alguns elementos em frequência da referida especialidade.

O método de trabalho adotado na unidade era o de enfermeiro de referência. Sempre que um utente dava entrada na unidade para internamento, era-lhe atribuído um enfermeiro, o qual seria responsável pelo seu internamento, desde o momento do acolhimento até ao momento da alta. Esta atribuição era realizada pelo enfermeiro chefe, que tinha em conta o problema que levou aquela criança/adolescente ao internamento e as características/competências do enfermeiro atribuído.

Das competências do enfermeiro de referência faziam parte: a realização do acolhimento aos pais, clarificando os objetivos do internamento; acompanhamento da criança/adolescente e família ao longo do mesmo, esclarecendo as dúvidas existentes e encaminhando para os técnicos competentes, em caso de necessidade; preparação para a alta, habilitando a criança/adolescente e família para uma nova etapa nas suas vidas, esclarecendo acerca do regime terapêutico, articulando com os recursos necessários da comunidade, escola, centro de saúde, enfermeiro de referência de ambulatório (consoante o projeto de alta); realização de carta de alta e seu encaminhamento para os locais/técnicos pertinentes.

A distribuição do pessoal de enfermagem era realizada, mensalmente, de acordo com o número de elementos existentes no horário, mediante um plano de trabalho. A equipa de enfermagem assegurava o serviço em horário rotativo, por turnos:

- Turno Manhã (8h00 - 15h30) dias úteis – 3 a 4 enfermeiros e o enfermeiro chefe; Sábados, Domingos e Feriados – 3 enfermeiros;
- Turno Tarde (15h30 - 22h30) – 2 a 3 enfermeiros;
- Turno Noite (22h30 - 8h00) – 2 enfermeiros.

A mobilidade de enfermeiros dentro do departamento estava sujeita à realização de um pedido e conseqüente autorização do conselho de administração, existindo no entanto alguns profissionais de enfermagem a exercerem funções em mais do que um local do referido departamento.

Na unidade, para além da “milieu therapy”, a criação e a manutenção dum meio terapêutico, essencial, eram também utilizadas: a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo e familiares e intervenções a nível pedagógico e social. Através do trabalho em contexto multidisciplinar e reuniões diárias, era negociado com a

criança/adolescente/família, um Projeto Terapêutico personalizado. Durante o período de internamento, as experiências interativas moderadas e modeladas pelos profissionais eram consideradas promotoras de um desenvolvimento mais harmonioso, contribuindo para a retoma do desenvolvimento. O enfermeiro encontrava-se presente nas vinte e quatro horas, participando ativamente na recuperação e restabelecimento da criança/adolescente, acompanhando-os e garantindo o cumprimento do seu projeto terapêutico, com vista à alta o mais precoce possível, para hospital de dia, ou para o domicílio, com seguimento em consulta de ambulatório. No entanto, o contacto com os pais/família era distinto do contacto que é efetuado num internamento onde os mesmos permanecem nas vinte e quatro horas. Aqui os enfermeiros apenas contactavam com os pais no momento da visita, quando esta era permitida, nos contactos telefónicos destes com a unidade e aquando das incursões dos mesmos ao serviço, a fim de levarem vestuário ou outros objetos pessoais permitidos para os seus filhos.

No decurso do estágio, surge a dada altura, uma inquietação particular relacionada com as meninas com Anorexia Nervosa. De seguida será clarificada a escolha desta perturbação do comportamento alimentar como a patologia em torno da qual se iniciou o percurso deste trabalho.

Assim, após a integração inicial no serviço (abordada mais adiante no capítulo referente à metodologia) no sentido de conhecer a sua realidade, completamente distinta da até então conhecida – um serviço de internamento de pediatria puramente médico-cirúrgico, onde os pais permanecem nas vinte e quatro horas a acompanhar os filhos doentes e estes podem receber visitas de familiares (maiores de 12 anos) diariamente, sem restrições de maior – constata-se que a família não se encontrava presente neste tipo de serviço, apenas o fazia na hora da visita e nas reuniões médicas semanais com o filho internado. Mais, constata-se que as crianças/adolescentes internados com AN eram privados, de acordo com um plano terapêutico previamente combinado, do contacto físico e telefónico com a sua família. Isto é, de acordo com o seu projeto terapêutico, que consistia entre outras intervenções, num Plano por Etapas (Anexo I), estes indivíduos, durante as etapas iniciais do mesmo (com duração variável, consoante a sua evolução), não recebiam a visita dos pais/cuidadores nem realizavam ou recebiam quaisquer telefonemas. Os pais não contactavam com os filhos durante semanas, ou mesmo meses, há exceção das reuniões familiares semanais com o pedopsiquiatra, onde a família se encontrava, de forma mediada, com a criança/adolescente internado e com o referido clínico.

Do Protocolo para os Pré-Adolescentes/Adolescentes com Anorexia Nervosa

Procedendo a uma explicação mais detalhada, tendo por base o protocolo clínico existente no serviço destinado às perturbações do comportamento alimentar, que pode ser consultado em anexo (Anexo II – Protocolo clínico – Intervenção no Internamento de Pedopsiquiatria em Anorexia Nervosa e em Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação), a equipa multidisciplinar possuía critérios de atuação face a estes adolescentes e pré-adolescentes. O protocolo contemplava: os critérios de internamento; a abordagem terapêutica dividida em três vertentes: Pedopsiquiátrica, Pediátrica e Nutricional; e as estratégias terapêuticas: separação da família, intervenção individual e intervenção familiar (a alta encontrava-se incluída nesta última).

Importa destacar neste protocolo alguns pontos, nomeadamente: - a ausência de referência à figura do enfermeiro aquando das três vertentes da abordagem terapêutica; - é exemplificado o plano por etapas – definição de objetivos intermédios (etapas) em função do peso atingido; - relativamente à estratégia “separação da família” é referido que esta tinha como objetivo, entre outros, colocar o controlo da doença na Equipa de Internamento; - quanto à estratégia “intervenção familiar”, a qual compreendia entre outras ações/atividades, as reuniões familiares, é referido que “estas reuniões mediadas são inicialmente (e até o utente atingir a meta das visitas) o único momento em que jovem e família se encontram”; - a referência ao enfermeiro é feita apenas aquando da sua participação no almoço terapêutico.

Algumas questões abalam a nossa mente aquando do contacto com a realidade apresentada:

Como lidam estes pais com esta privação?

Como lida a pré-adolescente/adolescente com a privação dos pais?

Como lidam os enfermeiros com este protocolo do serviço?

Que pensam estes sobre esta estratégia terapêutica?

A literatura sobre a temática da AN na adolescência é relativamente unânime quanto à presença dos pais no internamento destes jovens. A presença dos pais é vista como pouco benéfica, uma vez que mantém os padrões relacionais habituais do ambiente familiar, não se dando a quebra destas relações, por vezes fusionais, com estes adolescentes/pré-adolescentes. Parece haver benefício na quebra deste contacto estreito entre pais (nomeadamente mãe e filho/a) nesta fase de agudização da doença. Já no

tratamento em regime de ambulatório os pais/família parecem ser melhor encarados e aceitos como parceiros na recuperação dos filhos doentes.

O enquadramento teórico constante do ponto 5 irá tentar traduzir o estado da arte acerca desta patologia multifatorial relacionada com a adolescência, papel da família e intervenção na crise, assim como a perspectiva teórica de enfermagem, que ajudará a responder aos objetivos a que nos propomos no projeto.

De seguida abordaremos a questão de partida e o objetivo que norteiam o nosso projeto.

3. Questão de Partida

“Como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico?”

4. Objetivo

“Conhecer como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico.”

5. Enquadramento Teórico

Neste capítulo, que se divide em dois subcapítulos – “Sobre a Anorexia Nervosa...” e “Sobre a Enfermagem...” – serão abordados aspetos relativos, primeiramente à AN, nomeadamente questões relativas à adolescência; à perturbação do comportamento alimentar em pré-adolescentes e adolescentes – a anorexia nervosa; à compreensão da família nas perturbações do comportamento alimentar. E de seguida os aspetos relacionados com a enfermagem, nomeadamente sobre a crise, o internamento e a intervenção e a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, teórica eleita para nos ajudar a pensar enfermagem ao longo do nosso projeto.

5.1 Sobre a Anorexia Nervosa...

5.1.1 A Adolescência

A adolescência corresponde a um dos momentos mais importantes e significantes do processo evolutivo. Caracteriza-se como um grupo social autónomo, com uma especificidade própria e um período de vários anos de existência, cujo aparecimento remonta aos séculos XVIII e XIX (Braconnier & Marcelli, 2000).

A adolescência é uma época de mudança e, conseqüentemente, de crise, permitindo reelaborar questões mal resolvidas na infância. Knobel e Aberastury (1992, cit. por Cobelo *et al*, 2007) caracterizam esta crise evolutiva, como a difícil tarefa de superar diferentes lutos, impostos ao adolescente, relativos a perdas: perda do corpo infantil, dos pais da infância, da identidade infantil e de um funcionamento da sexualidade próprio da infância. O modo como cada jovem experienciará esses lutos, será determinante para o ultrapassar da referida crise, assim como para a construção da sua identidade.

De acordo com Feinstein (1975, cit. por Nodin, 1999), esta fase da vida é extremamente importante para a maturação psíquica, equiparando-a à dos estádios de desenvolvimento psicosexual infantil, uma vez que será fundamental ao estabelecimento de uma identidade adulta e sólida. No entanto, esta vivência, mais ou menos atribulada, vai depender dos recursos internos que cada um possui para lidar com as situações com que se depara.

A adolescência marca um período que tem por tarefa a assimilação das transformações corporais, psicológicas, comportamentais, sociais, entre outras, envolvendo

não só o jovem, mas todos ao seu redor: pais, amigos e escola. A criança outrora dependente vai adquirindo progressiva autonomia, o seu corpo sofre transformações, dando-se conjuntamente o despertar da sexualidade, sendo todo este rol de mudanças, alvo de apreensão para o próprio adolescente, assim como para os seus pais e educadores (Cobelo *et al*, 2007).

Do ponto de vista estritamente psicológico, são características exclusivas da adolescência: “o aumento pulsional, as modificações corporais, o trabalho de descomprometimento da infância, as reorganizações defensivas, os novos sistemas de idealização, as procuras de identificação e as novas formas de adesão ao grupo” (Braconnier & Marcelli, 2000:51). A principal característica do processo de desenvolvimento da adolescência reside na relação que o jovem estabelece com o seu corpo, sendo uma das suas maiores preocupações, a transformação a que este está sujeito e a utilização que lhe dará. O corpo é o primeiro representante das pulsões sexuais e agressivas, mais ou menos inconscientes, representando um meio de expressão simbólica da identidade sexual, dos conflitos e dos seus modos relacionais (*op. cit.*).

A adolescência é a crise que vem encerrar subitamente o período de latência, tendo como centro uma crise narcísica e identificatória com angústias intensas quanto à autenticidade e integridade do *self*, do corpo e do sexo. A par das alterações físicas e somáticas, assiste-se a emergências pulsionais maciças que vem desequilibrar as relações entre as instâncias intrapsíquicas. Surge então a reativação da problemática edipiana com deslocamento para os substitutos parentais (professores, artistas...), mas também uma reativação das problemáticas pré-genitais, sobretudo as orais (anorexia mental, toxicoddependência, álcool, tabaco...) (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

O progressivo desinvestimento objectal das figuras parentais, acompanhado de um processo de desidealização das mesmas, reveste-se de particularmente importância. É o culminar de toda esta fase que vai permitir que o adolescente estabeleça a independência afetiva dos pais. Concomitantemente, todas as transformações físicas características deste período constituem fatores predisponentes a que este se defronte com a sua própria imagem, assim como com a dos outros, abrindo a oportunidade a novos investimentos afetivos e libidinais (Nodin, 1999).

No entanto, apesar de serem o primeiro alvo das pulsões agressivas do adolescente, os pais têm também uma função positiva, que é a de segurança e proteção. O adolescente é um ser vulnerável, que desconhece os seus próprios limites. Esta busca dos

seus limites pode inclusive colocá-lo em perigo. O papel dos pais é precisamente o de vigiar o ambiente em que o filho evolui, com vista a que seja o menos traumatizante possível em termos de experiências. Os pais, sobretudo a mãe, continuam a ser o esconderijo privilegiado, principalmente no início da adolescência, sendo que a ausência deste refúgio pode conduzir o adolescente à manifestação de atitudes de desespero e a sentimentos de perda irreparáveis. Ao mesmo tempo que o adolescente proclama as suas necessidades de independência e manifesta o seu sentido de autossuficiência, sente uma forte necessidade de ter por perto esse refúgio, principalmente materno (Braconnier & Marcelli, 2000). A função parental é assim paradoxal, pois pressupõe conter e limitar, função de refúgio, mas também permitir experiências, de “levar bofetadas” e sobreviver a tudo isso. Em todas as circunstâncias, o diálogo entre pais e adolescente prevalece como o instrumento privilegiado da relação (*op. cit.*).

Todos estes processos com que o indivíduo se depara nesta fase da adolescência poderão fazer emergir problemáticas do campo da depressão, sendo esta considerada uma das mais comuns perturbações emocionais desta fase. Surge culpabilidade associada ao Édipo e à componente anal da sexualidade, que compele o aparecimento repentino de sentimentos de inutilidade e de insuficiência, acompanhados de projeções sobre o meio (Ferreira, 1991, cit. por Nodin, 1999). A depressão ocorre devido à distância entre o Eu e o Ideal de Eu narcísico, sendo o equilíbrio possível de alcançar através do apoio no amor objectal. Sendo que esta situação acontece numa altura em que o “Eu é vulnerável, suporta mal as mínimas frustrações, a que reage com intolerância, calor emocional e de que se defende com sublimações” (*op. cit.*:689). Segundo Feinstein (1975, cit. por *op. cit.*), as reações depressivas na adolescência correspondem a manifestação de conflitos nas relações objectais, podendo ser potenciadoras de dificuldades no crescimento psíquico do indivíduo. Assim, as perdas objectais podem revelar-se traumáticas, particularmente quando o ego não se encontra suficientemente desenvolvido para integrar o reconhecimento afetivo e cognitivo das mesmas. Todavia, não é condição *sine qua non* que exista a vivência real da perda para que a depressão se manifeste. Poder-se-á falar, inclusivamente, de uma depressibilidade básica na adolescência, considerada a causa de muitos dos comportamentos característicos desta fase, designadamente a passagem ao acto. “A passagem ao acto é uma actuação não mentalizada de impulsos e desejos, que pode constituir uma fuga face à depressão que, (...), é evitada e adiada. (...) este tipo de actuação directa pode revestir-se de características mais dramáticas porque toma

frequentemente formas auto ou heteroagressivas, sendo responsável por muitos dos suicídios e tentativas de suicídio que surgem na adolescência” (*op. cit.*:689).

Com o aparecimento da puberdade, as raparigas são confrontadas com as alterações biológicas, com mudanças na aparência física, que se desvia do padrão sociocultural de beleza ideal, o qual decreta um corpo magro, ausente de massa gorda. O grau de valorização da magreza e a importância que estas jovens lhe atribuirão, dependerá de aspetos da sua personalidade, sendo que, quanto maiores forem as incertezas sobre si, a necessidade de aprovação pelos outros, a aceitação do ideal sociocultural de beleza e a divergência entre o corpo real e o corpo ideal, maior será o investimento da jovem para alcançar um ideal de magreza através de dietas (Gouveia, 2000, cit. por Neves, 2008).

Uma das hipóteses avançadas por Cobelo *et al* (2007) para a compreensão do processo que desencadeia os transtornos alimentares, é encará-lo como uma defesa perante a angústia ativada pelo mal-estar com o novo corpo, resultando numa tentativa de desacelerar esse crescimento, que parece não acompanhar a capacidade de metabolizar psicologicamente os acontecimentos. É ainda notório nestes indivíduos a experiência de um profundo sentimento de abandono, desamparo e incapacidade de fazer face às exigências da sua vida, o que, remetido à questão da construção da identidade, a qual pressupõe perdas em direção a uma maior autonomia, faz compreender o terror que é, a separação dos progenitores em busca do seu caminho e o abandonar de um modo de vida confortável.

5.1.2 Perturbação do Comportamento Alimentar em Pré-Adolescentes e Adolescentes – A Anorexia Nervosa

As perturbações do comportamento alimentar têm aumentado intensamente nas últimas décadas, assumindo uma maior importância pelo aumento da prevalência global da mortalidade e morbidade, mas também pelo aumento entre meninas pré-adolescentes, no sexo masculino e em mulheres em idade mais avançadas (Nunes, 1995, cit. por Jorge & Vitale, 2008). A anorexia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar característica da adolescência, com relativa difusão no mundo ocidental (Santos *et al*, 2004; Nodin & Leal, 2005), possuindo o maior índice de mortalidade entre as perturbações mentais (Millar *et al*, 2005, cit. por Neves, 2008).

Em apêndice encontra-se descrita alguma revisão teórica relativa às questões da origem, classificação diagnóstica e etiologia da AN, a qual se torna indispensável para um conhecimento e compreensão desta perturbação do comportamento alimentar mais profundo (Apêndice I).

5.1.2.1 Anorexia Nervosa em crianças e pré-adolescentes

A anorexia nervosa em crianças e pré-adolescentes é menos comum do que na adolescência propriamente dita, no entanto a sua ocorrência nas primeiras idades adquire uma importância superior devido ao seu impacto na puberdade. Um dos primeiros relatos, comparando a idade de aparecimento da anorexia relativamente à puberdade, foi realizado por Warren (1968, cit. por Russel, 2006), que fez a distinção entre anorexia nervosa “pré-pubertária” (*pre-pubertal*), “pubertária” (*pubertal*) e “pós-pubertária” (*post-pubertal*).

Tanner (1962, cit. por *op. cit.*) caracteriza a puberdade como um processo desenvolvimental complexo, que abrange dois ou três anos, variando no entanto de criança para criança. Este descreve a sequência de eventos que uma rapariga atravessa durante a sua puberdade: os sinais iniciais compreendem o crescimento mamário e o aparecimento de pelos púbicos, sendo a menarca um evento normalmente posterior, que pode ocorrer entre os 10 e os 16 anos. Dá-se uma aceleração do crescimento e um aumento de peso corporal.

Russel (1985, cit. por *op. cit.*) distingue entre anorexia nervosa pré-pubertária – a doença tem início antes dos primeiros sinais pubertários, surgindo, nas raparigas, antes do aparecimento dos primeiros pelos púbicos e do início do crescimento mamário e, nos rapazes, antes dos primeiros sinais de desenvolvimento dos genitais e anorexia nervosa intra-pubertária – é a forma mais comum de manifestação precoce da doença. Os primeiros sinais pubertários já ocorreram, no entanto a puberdade encontra-se incompleta. Nas raparigas a doença precede a menarca, tendo assim vindo esta forma de anorexia a ser chamada de “pré-menarca” (*pré-menarchal*).

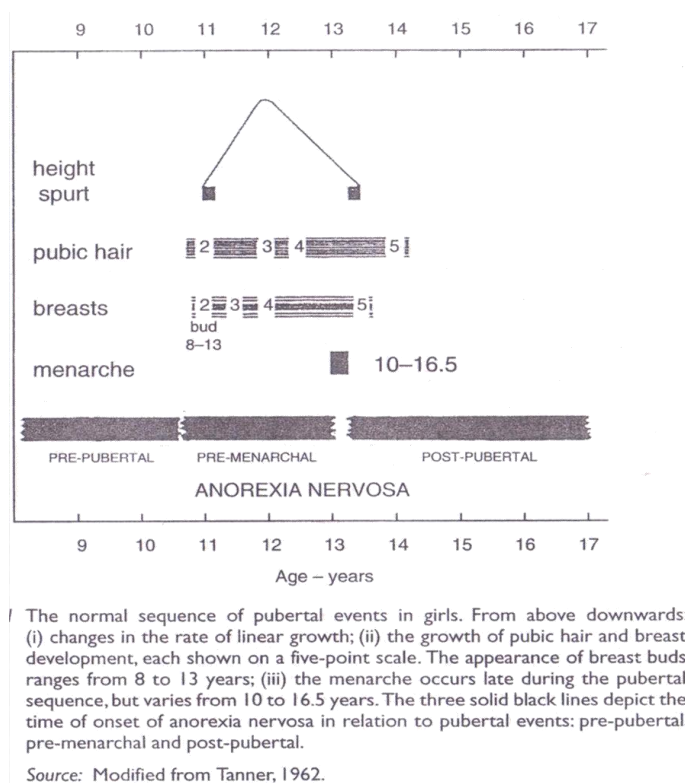
Os dois tipos de anorexia nervosa descritos relembram, de certo modo, a forma clássica da doença, a qual tem início depois da puberdade estar completa, no entanto existem diferenças importantes, em primeiro lugar a imaturidade física e psíquica, que pode modificar consideravelmente a apresentação clínica da doença, assim como os critérios diagnósticos; em segundo, um aparecimento tão precoce pode impedir ou atrasar o desenvolvimento do processo pubertário. Podem ocorrer sérios efeitos temporários, ou

mesmo permanentes, no crescimento e no desenvolvimento do sistema reprodutor, podendo pôr em causa a maturidade sexual a longo prazo.

Importa também referir que, se a anorexia nervosa tem sido retratada como uma regressão psicobiológica profunda, conseqüente das modificações maturativas originadas pela puberdade, e se esta pode ocorrer antes dos primeiros estadios pubertários, esta teoria poderá deixar de ser sustentável sem a introdução de algumas modificações, que possam explicar estas exceções.

Tanner (1962, cit. por op. cit) classifica a anorexia nervosa relativamente ao decurso (timing) da puberdade. A figura 1 ilustra a seqüência normal da puberdade em raparigas:

Figura 1 - A seqüência normal da puberdade em raparigas



Fonte: RUSSEL, Gerald – *Anorexia nervosa of early onset and its impact on puberty*, 2006, p.170

- “Pré-pubertária” - início antes do aparecimento de qualquer sinal pubertário – idades compreendidas entre os 9 e os 11 anos.

- “Pré-menarca” – concomitante ao processo pubertário – crescimento dos seios precoce, escassos pelos púbicos e crescimento em estatura normalmente atrasado – idades compreendidas entre 10 e 14 anos.

- “Pós-pubertária”- a forma mais comum da doença, que ocorre, por vezes, após a completa puberdade e o aparecimento da menarca – idade de início é normalmente a partir dos 13 anos.

Importa referir que no caso dos primeiros dois tipos de anorexia, as crianças que as manifestam não chegaram a atingir o peso saudável para a idade.

Apresentam-se em anexo os critérios diagnósticos da anorexia nervosa pré-pubertária e intra-pubertária, tal como foi feito para a anorexia nervosa clássica (Anexo III).

Podem ou não ser observados efeitos precipitantes da anorexia nervosa. Efeitos psicológicos adversos como um evento de vida major poderá ser precursor, com maior frequência, do despoletar da doença pré-pubertária do que da pós-pubertária (Jacobs e Isaacs, 1986, cit. por Russel, 2006). Estes eventos podem incluir: mortes, disrupções familiares e perdas, doença física com conseqüente perda de peso, pressões escolares, abuso sexual.

A apresentação da doença é muito variável, podendo o início ser insidioso. A criança apresenta-se irritável, afasta-se dos seus amigos, podendo recusar frequentar a escola. No entanto, esta pode não apresentar qualquer queixa, permanecendo a omissão de refeições na escola indetetável. Os pais não notam nenhuma alteração, até se aperceberem que se encontra mais magra. A característica principal é a falha no ganho de peso seguida da sua perda real. Como a criança ainda não alcançou o seu peso ideal, a perda de peso pode originar um peso verdadeiramente baixo, como 25 Kg ou menos (Fosson *et al*, 1987, cit. por *op. cit.*). Após a descoberta da perda de peso, é frequente que surjam queixas de insónia, obstipação, extremidades frias e cansaço (o qual pode ser desculpado pela prática de exercício excessivo). Os pais observam que as suas filhas estão a restringir a ingestão alimentar, podendo mesmo crianças muito novas ter preocupações com a ingestão calórica, controlando-a. Sintomas de depressão e ansiedade são comuns, podendo ser mais frequentes do que na doença de início tardio. As crianças podem chorar frequentemente, apresentando marcados sentimentos de culpa. Quando gravemente deprimidas podem recorrer à automutilação ou até a tentativas de suicídio. Traços obsessivos de personalidade

são também frequentes – escrupulosas e perfeccionistas, podendo recorrer a rituais obsessivos como de contagem de calorias (Rastam *et al*, 1989, cit. por *op. cit.*).

Assim como na anorexia nervosa clássica, quando se pergunta à criança porque evita comer, ela responderá que é devido ao medo de engordar, estando assim de acordo com uma das suas principais características psicopatológicas – a ideia sobrevalorizada de que ser gordo não é atrativo nem simpático.

É também descrita na literatura uma relutância destas crianças em crescer, expressa em termos sociais, sentindo-se inseguras relativamente ao futuro, o qual inclui grande responsabilidade pessoal e o projeto de sair de casa dos pais.

Em termos físicos, estas crianças atingem níveis de peso muito baixos e devastadores, apresentam faces encovadas, membros tipo “pau” – muito finos, barriga e nádegas lisas, extremidades frias e azuladas, pele seca com penugem (lanugo) sobre as maçãs do rosto, zona cervical posterior e membros, batimento cardíaco lento e pressão arterial baixa (por ex. 90/60 mm Hg) (Russel, 2006).

Para além dos referidos sinais de desnutrição, o impacto da doença no desenvolvimento pubertário poderá ser mais ou menos evidente, de acordo com a altura do seu começo. Se o início for pré-pubertário, a ausência de sinais de desenvolvimento da puberdade e a falha no crescimento podem tornar-se extremamente notórios, se criança continuar a crescer doente. Se o início for pré-menarca, haverá um atraso no desenvolvimento pubertário, que será mais severo se a perda de peso ocorrer nos primeiros estádios da puberdade. Poderá existir também, em ambos os tipos de anorexia, um atraso da menarca. A amenorreia persistirá até depois da ocorrência de ganho de peso e da recuperação, podendo mesmo ter um atraso prolongado (*op. cit.*).

A anorexia nervosa constitui uma restrição alimentar grave da qual resultam complicações que acarretam uma significativa morbidez biológica, psicológica e social e que pode conduzir à própria morte (Torres & Guerra, 2003).

5.1.2.2 Nos rapazes...

A anorexia nervosa é menos comum nos rapazes do que nas raparigas (10 % dos casos), mesmo no caso dos pré-púberes, e como tal existem menos estudos e evidência produzida. No entanto, sabe-se que, como nas raparigas, pode ocorrer antes do término da puberdade (Beumont *et al*, 1972, cit. por Russel, 2006). Os fenómenos precipitantes incluem obesidade e ou marcada sensibilidade às provocações acerca do seu peso e

aparência realizadas por outras crianças. Alguns rapazes poderão expressar ansiedade acerca do desenvolvimento da sua sexualidade. Assim, as características clínicas da anorexia nervosa nos rapazes são similares ou equivalentes às apresentadas pelas meninas. Com início pré-pubertário e, em menor grau, intra-pubertário, o pénis e o escroto permanecem infantis, existe um escasso crescimento dos pelos púbicos e barba e a voz pode não sofrer alterações. Alguns autores referem que pode ter um início tardio, entre os 18 e os 26 anos, o qual pode estar relacionado com a puberdade nos homens ter início cerca de um ano e meio a dois anos mais tarde que nas mulheres, com fatores hormonais ou com medo de envelhecer. Os homens relatam como causas da anorexia nervosa a preocupação com a forma física e com a massa corporal, com vista a obterem uma aparência masculina (Melin & Araújo, 2002).

5.1.3 Crise, Internamento e Intervenção

As perturbações do comportamento alimentar são acompanhadas de várias complicações clínicas relacionadas com o compromisso do estado nutricional e com a utilização de práticas inadequadas para o controlo do peso (vómitos, diuréticos, enemas e laxantes), conjuntamente com a exposição a exercício físico excessivo. Muitas destas complicações surgem devido ao atraso do diagnóstico e início do tratamento, visto que muitas das pessoas doentes ocultam os sintomas e/ou recusam o tratamento. A anorexia nervosa apresenta a maior taxa de mortalidade entre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% por ano. Este valor é cerca de 12 vezes superior à mortalidade das mulheres jovens na população em geral (American Psychiatric Association (APA), 2006). As complicações clínicas encontradas são, conforme demonstra a tabela 1: metabólicas, cardiovasculares, hidroeletrólíticas, endócrinas, renais, hematológicas, ósseas, gastrointestinais, cerebrais, visuais, dermatológicas e pulmonares, (Assumpção & Cabral, 2002; Medeiros & Carmo, 2008 cit. por Jorge & Vitalle, 2008).

As principais causas de morte são: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (APA, 2006). De acordo com a APA (2006), os fatores físicos que condicionam o internamento hospitalar de clientes com anorexia nervosa são: o peso corporal, o IMC e o estado metabólico. Os critérios clínicos para o internamento encontram-se descritos em anexo (Anexo IV).

Complicações clínicas na anorexia nervosa e bulimia nervosa

Metabólicas e hidroeletrólíticas
Hipocalemia, hiponatremia, hipernatremia, hipomagnesemia, hiperfosfatemia
Hipoglicemia, hipercolesterolemia
Alcalose metabólica, acidose metabólica
Neurológicas
Alargamento dos sulcos cerebrais
Dilatação dos ventrículos
Atrofia cerebral (reversível)
Oftalmológicas
Catarata
Atrofia do nervo óptico
Degeneração da retina
Diminuição da acuidade visual
Endócrinas
Síndrome do eutiroidiano doente
Pseudocushing
Amenorréia, oligomenorréia
Diminuição da libido
Infertilidade
Atraso ou retardo do desenvolvimento puberal
Osteopenia ou osteoporose
Gastrointestinais
Esofagite, hematêmese (S. de Mallory-Weiss)
Retardo do esvaziamento gástrico, redução da motilidade intestinal
Constipação
Prolapso retal
Dilatação gástrica
Alteração da função hepática
Hiperamilasemia
Hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares
Renais
Cálculo renal
Azotemia pré-renal
Insuficiência renal
Bucomaxilares e fâneros
Cáries dentárias
Queilose
Ressecamento cutâneo, pele fria e pálida
Hipercarotenemia
Calosidade nos dedos ou no dorso das mãos (Sinal de Russel)
Acrocianose
Pulmonares
Taquipnéia, bradipnéia
Edema pulmonar
Pneumomediastino
Hematológicas
Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia

Tabela 1 - Complicações clínicas na anorexia nervosa e bulimia nervosa

Fonte: ASSUMPCÃO, Carmen; CABRAL, Mônica – *Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa*. 2002, p. 30

5.1.3.1 Fatores que influenciam o desenvolvimento da doença

Alguns fatores funcionam, na visão dos próprios clientes, como influências negativas na instalação do quadro e na sua recuperação: perfeccionismo, baixa autoestima, elevadas expectativas pessoais, pais exigentes de altos cargos, famílias disfuncionais,

famílias preocupadas com a forma física, abuso sexual, humor depressivo, influência de amigos e/ou colegas de trabalho, dificuldade com as mudanças corporais e psicológicas próprias do desenvolvimento, que ocorrem durante a adolescência, autocontrole, perdas afetivas importantes, pressão, stresse e frustração. Como fatores positivos para a recuperação evidenciam-se: início do tratamento próximo do aparecimento dos sintomas, amadurecimento pessoal, ambiente familiar e social mais flexível e menos ameaçador e cuidados promotores de atmosfera acolhedora e compreensiva (Tozzi *et al*, 2003, cit. por Jorge e Vitalle, 2008).

5.1.3.2 Especificidades da abordagem à criança e ao pré-adolescente

Como já foi referido anteriormente, a anorexia nervosa de início precoce é uma doença séria com uma elevada taxa de morbilidade após tratamento e, a longo prazo, uma taxa de mortalidade significativa (Steinhausen, 2002, cit. por Russel, 2006).

O NICE (National Institute for Clinical Excellence) emanou *guidelines* para o tratamento das perturbações do comportamento alimentar, contendo recomendações baseadas em rigorosa evidência científica e consenso de especialistas, incluindo recomendações específicas para crianças e adolescentes (NICE, 2004, cit. por Lask & Bryant-Waugh, 2006). Algumas das recomendações chave do NICE para a gestão da anorexia nervosa em crianças e adolescentes encontram-se sumariadas na tabela 2.

Uma das temáticas centrais na anorexia nervosa pré-pubertária, e não só, é o controlo. A criança sente-se frequentemente controlada pelos outros, sentindo que ela pouco controla a sua própria vida. No entanto, ela reconhece que pode ter controlo sobre duas áreas – a ingestão alimentar e o peso. Por este motivo, é essencial que os adultos responsáveis pela criança se encarreguem da sua alimentação, na fase inicial do tratamento. Muitos pais, não conseguem suportar a angústia dos filhos em torno da comida, continuando a permitir que ingiram pequenas porções alimentares. É necessário mostrar à criança que são os pais que irão assumir o controlo, ou seja, mostrar-lhe quem manda, fazendo com que os pais também compreendam essa necessidade. O que não significa que os pais comecem a controlar todas as áreas da vida da criança, mas que o façam em aspetos relacionados com a sua saúde e segurança, como a ingestão alimentar, a frequência da pesagem ou a necessidade de hospitalização. Os pais têm normalmente a tendência para entrar em conflito, possuindo cada um, uma visão contrária do problema, acusando-se de

que um não fornece suporte ao outro ou que um está a lidar de forma errada com a situação.

Main recommendations in the NICE guidelines regarding the management of children and adolescents with anorexia nervosa
<ul style="list-style-type: none">• Treatment should normally involve family members (including siblings) and the effects of AN on other family members should be recognised.• Patients should be offered family interventions that directly address the eating disorder.• Parents/carers should be included in dietary education or meal planning.• Patients should also be offered individual appointments separate from those with their family members or carers, and their right to confidentiality should be respected.• The need for in-patient treatment and the need for urgent weight restoration should be balanced alongside educational and social needs.• In-patient treatment should be provided within reasonable travelling distance to enable the involvement of the family, to maintain social links and to facilitate continuity of care.• Admission should be to age-appropriate facilities, able to provide appropriate educational and related activities.• Feeding against the will of the patient should only be done in the context of the Mental Health Act 1983 or the Children Act 1989.• When a young person refuses treatment considered essential, consider using the Mental Health Act 1983 or the right of those with parental responsibility to override the young person's refusal.• Following weight restoration, ensure that children and adolescents have the increased energy and necessary nutrients available in their diet to support continued growth and development.• Oestrogen administration should not be used to treat bone density problems due to risk of premature fusion of the epiphyses.

Tabela 2 - Recomendações do NICE *guidelines* para a gestão da anorexia nervosa em crianças e jovens

Fonte: LASK, Bryan; BRIANT-WAUGH, Rachel - *Management of early onset anorexia nervosa*, 2006, p.238

Comummente a criança percebe estas fragilidades na relação parental, conseguindo aliar-se a um dos pais, sentindo-se o outro elemento fragilizado, desamparado e ressentido. É necessário reforçar junto destes que, não poderão exercer controlo, se se encontrarem em desacordo acerca do tratamento, ajudando-os a alcançar um acordo acerca de assuntos vitais, como o seu desejo de aceitar ou não o tratamento, onde será realizado e se será cumprido em ambulatório ou em meio hospitalar - internamento. É importante aqui que o enfermeiro/médico não tome partidos, tentando no entanto aconselhar e promover um acordo entre os pais. Durante este processo a criança poderá tentar interromper através da palavra ou de atos, sendo os pais encorajados a ignorar ou desaprovar as interrupções,

mostrando à criança que possuem o controle da situação, e que naquele momento se encontram a tomar decisões enquanto pais, no seu melhor interesse, enquanto filho (Lask & Bryant-Waugh, 2006).

Quanto aos critérios de internamento em crianças e pré-adolescentes, estes não diferem grandemente dos critérios para adolescentes. No entanto há que ter sempre em conta a vontade dos pais, pois são estes que irão autorizar o internamento da criança. De referir a escassez de unidades de internamento de pedopsiquiatria ou mesmo para perturbações do comportamento alimentar disponíveis, tornando estes internamentos por vezes penosos, ficando, por vezes, muito distantes das áreas de residência. A criança/pré-adolescente com anorexia nervosa internada requer um tratamento, assim como cuidados de enfermagem especializados, os quais poderão não estar disponíveis num serviço de pediatria geral.

5.1.3.3 Abordagem psicodinâmica na Anorexia Nervosa

A abordagem psicodinâmica diz respeito a uma compreensão do psiquismo nos seus processos dinâmicos, conduzindo o trabalho em direção ao *insight*. A abordagem fundamenta-se nos princípios da teoria psicanalítica, cuja técnica visa elaborar e resolver conflitos intrapsíquicos, com vista à reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade. Sob essa perspetiva, o sintoma consiste numa comunicação simbólica sobre a natureza e a extensão do conflito subjacente. Esses conflitos, agregados a todos os afetos que o atravessam e ao padrão das relações infantis, expressam-se na relação terapêutica, transformando o campo transferencial num plano basilar para as hipóteses do terapeuta. Outro aspeto de destaque da abordagem psicanalítica reporta-se à determinação inconsciente de desejos, motivações ou medos no plano da ação. Os processos mentais servem-se de mecanismos de defesa que têm o intuito de afastar o desconforto provocado por certas perceções ou desejos. O objetivo da teoria psicodinâmica seria assim auxiliar os indivíduos a compreender os significados dos sintomas manifestos, encontrando, deste modo, alternativas mais adaptadas para lidar com o sofrimento psíquico (Dewald & Garner, 1982; Cordioli, 1998; Abuchaim *et al*, 1999, cit. por Gorgati; Holcberg & Oliveira, 2002).

No final do século XIX Lasègue (1998, cit. por *op. cit.*) descobre uma relação entre o sintoma e a dinâmica familiar, tendo, o tratamento proposto, em conta essa interdependência. Charcot, seguindo os seus achados, acredita que o isolamento seria o

método mais eficaz de tratamento, devendo o paciente ser afastado do seio familiar e internado em clínicas assistidas por religiosas. Assistindo-se, desta forma, à germinação das abordagens familiares e das intervenções em meio hospitalar.

Karl Abraham (1925, cit. por Nodin, 1999) considera a própria recusa em comer como um desejo de morte. Efetivamente, as anoréticas alcançam, por vezes, um estado de inanição tão avançado que acabam por morrer, seja devido à falta de alimentos, seja por desequilíbrio eletrolítico.

Hilde Bruch (1985, cit. por Nodin, 1999), ao descrever as características principais da Anorexia Nervosa, alude à existência de um «sentimento paralisante de ineficácia que invade todo o pensamento e a atividade da anorética» (p. 690), sendo esta inundada pela sensação de que, tudo o que faz não é consequência da sua própria vontade, mas sim da vontade dos outros. Bruch (*op. cit.*; cit. por Gabbard, 2006) encara o controlo da alimentação e do peso como um sintoma que esconde um medo profundo de não ser competente e de não merecer o respeito dos outros, realizando assim um franco esforço para alcançar a admiração e validação como uma pessoa única e especial com atributos extraordinários.

Bruch (1962), no contexto das suas observações que se estenderam por cerca de 10 anos com 12 pacientes com anorexia, destaca três áreas de experiência psicológica desorganizada, são elas: - a distorção da imagem corporal – apresentando ausência de preocupação sobre o seu emagrecimento, mesmo quando extremo, defendendo-o como normal e correto - o distúrbio da percepção – apresentando défice na interpretação dos estímulos corporais e falha na identificação dos sinais de desnutrição e o sentimento de ineficácia – os pacientes sentem-se como que agindo apenas em função das outras pessoas e situações, e não porque o querem fazer.

Vários autores referem, como estando na base do entendimento psicodinâmico da anorexia, a existência de uma falha narcísica. Para Brusset (1985, cit. por Nodin, 1999), uma grande fragilidade narcísica está implícita à megalomania e aos desejos excessivos de autossuficiência, manifestada através da necessidade de valorização e de obtenção da aprovação dos outros. Assim, os investimentos narcísicos são fortes, com vista a compensar as falhas ao nível básico, e os investimentos objetivos são ínfimos, para não pôr em causa a integridade do sujeito. As suas relações são feitas em espelho através de identificações narcísicas com o outro que não é reconhecido enquanto ser único com vontade e características próprias. A escolha do objeto é feita de acordo com as suas

semelhanças com sujeito, de forma a camuflar as falhas e o vazio interior (Jeammet, 1993, cit. por Nodin, 1999). É assim compreensível a ameaça depressiva subjacente a esta insuficiência narcísica dos indivíduos anoréticos. O isolamento, frequentemente associado à depressão, é outro aspeto a considerar. O início da dieta da anorética é, segundo esta, devido ao facto de se sentir gorda e, logo, ostracizada pelos seus pares. Ela utiliza assim a magreza para ser aceite pelos outros, visto que o aspeto físico é muito valorizado socialmente e, nesse contexto, a magreza é apreciada e associada à beleza física. No entanto, a referida magreza, uma vez alcançada, não só é sentida como insuficiente, como também não leva a uma melhoria das relações interpessoais. Contrariamente, o que ocorre é uma progressiva redução das suas relações, que acabam circunscritas ao ambiente familiar, palco onde se vai desenrolar o drama da AN. O isolamento vai-se instalando progressivamente até se tornar constante (Nodin, 1999).

Outro aspeto de destaque é a negação e o desinvestimento na sexualidade característicos das anoréticas. Neste estadio em que se dá o despertar da sexualidade adulta e o início da atividade sexual, constata-se nestas jovens uma recusa em crescer e em assumir o seu corpo e a sua sexualidade, assim como um desejo de regresso ao ideal físico assexuado da latência (*op. cit.*).

Boris (cit. por Gabbard, 2006), numa formulação de influência kleiniana, definiu AN como uma inabilidade de receber coisas boas dos outros, em função de um exacerbado desejo de possuir. O ato de receber comida ou amor, confronta diretamente a paciente com o facto de não poder possuir o que ambiciona. A solução que elege é não receber nada de ninguém. A inveja e a voracidade são frequentemente associadas como muito próximas do inconsciente. A paciente inveja as coisas boas que a mãe tem – amor, compaixão, nutrição – sendo que recebê-las vai traduzir-se num incremento da inveja, sendo clara a mensagem de que “Não existe nada de bom disponível que eu possa possuir, então irei simplesmente renunciar a todos os meus desejos” (*op. cit.*:269). Ainda na sequência do pensamento kleiniano, as fantasias da rapariga são dominadas pelos seus ataques invejosos ao interior da mãe (que contêm leite, o pénis do pai, fezes, irmãos por nascer), “esta projeção faz ricochete num medo refletido e agudo em relação ao seu próprio interior, o que dá origem a uma insegurança contínua sobre até que ponto o seu mundo físico e experiencial interno se mantém intacto e fecundo” (Gomez, 2005:51).

É assim com o aparecimento da puberdade, com todas as suas alterações físicas e os novos investimentos objetivos, que surge a perturbação alimentar. Estes indivíduos,

sentindo-se impotentes face às dificuldades sentidas em lidar com a sexualidade da adolescência e à incapacidade de regulação dos seus relacionamentos interpessoais, deslocam os conflitos para a esfera alimentar, regredindo para um estado praticamente assexuado (Nodin, 1999; Bateman; Brown & Pedder, 2003).

A questão central, segundo Bruch (1973, cit. por Cobelo *et al*, 2007), é o controlo do peso e o desejo de dominar o próprio corpo, queixa esta que oculta o verdadeiro conflito subjacente, que é a busca de controlo geral, de um sentimento de identidade pessoal e autonomia.

Estas adolescentes são habitualmente vistas como bem comportadas, competitivas, determinando metas elevadas a cumprir. Como aponta Lask (2000, cit. por *op. cit.*), existe, da parte destas jovens, uma dificuldade muito acentuada na comunicação de sentimentos, nomeadamente de raiva e tristeza, uma vez que estes poderiam declarar fraqueza ou imperfeição. A necessidade de independência e autoconfiança com que se confrontam estas adolescentes parece causar um conflito insolúvel com as suas infâncias de “robots” obedientes e com a sua falta de conhecimento acerca dos seus próprios recursos, pensamentos, sentimentos e sensações corporais (Bruch, 1962).

Existe uma panóplia de modelos de psicoterapia de orientação dinâmica, sendo assim difícil a uniformização do método. A experiência clínica sugere que a psicoterapia contribui na melhoria da sintomatologia e na prevenção de recaídas, sendo no entanto insuficiente enquanto tratamento único. No caso da AN, a psicoterapia individual é a mais indicada, sendo a psicoterapia grupal desaconselhada na fase aguda da doença. De acordo com Goot & Rodin (1998, cit. por Gorgati; Holcberg & Oliveira, 2002) os fatores indicativos para este tipo de psicoterapia são: disposição para aceder ao mundo psíquico, capacidade de controlar os impulsos e motivação para o *insight*. Apontadas como contraindicações temos: a gravidade da perturbação do comportamento alimentar, a impulsividade, a ideação suicida, entre outras.

Fallon e Bunce (2000, cit. por *op. cit.*) enunciam alguns critérios diagnósticos de inclusão ou exclusão, que devem ser conhecidos, para a psicoterapia dinâmica, são eles: o padrão de relação na estrutura familiar; a capacidade de introspeção; a função egóica; os traços da personalidade e desenvolvimento psíquico; a motivação para o tratamento. Os objetivos da psicoterapia psicodinâmica consistem em proporcionar ao paciente um espaço seguro e verdadeiro para que possa partilhar o seu mundo interno e encontrar outras

expressões para o sintoma. Em geral, o paciente com perturbação alimentar apresenta uma capacidade limitada para aceder e tolerar emoções.

Existe, nestes indivíduos, um comprometimento do sentimento de continuidade e coesão do *self*. A identidade é fugaz e o ego frágil, produto de experiências arcaicas de desenvolvimento, no qual houve uma perturbação do ego em estado nascente. A psicoterapia psicodinâmica debruça-se sobre a regulação da autoestima, promovendo o respeito por si mesmo e pela sua história pessoal. Os pacientes, a fim de enfrentarem e se protegerem da dor emocional, recorrem a mecanismos de defesa, com finalidade de adaptação temporária (Groot & Rodin, 1998; Zerbe, 2001, cit. por *op. cit.*).

5.1.3.4 Atitude terapêutica

Na psicoterapia dirigida a clientes com perturbações do comportamento alimentar, a postura terapêutica psicanalítica clássica não tem sido a mais indicada. Uma atitude empática, que demonstre atenção e interesse pela pessoa tem revelado maior eficácia, sobretudo para o estabelecimento da aliança terapêutica. Na primeira fase da psicoterapia, o terapeuta tem a função primordial de ser continente, ou seja, oferecer-se como um recetáculo para os sentimentos, afetos e experiências dolorosas (Zerbe, 2001, cit por Gorgati; Holcberg & Oliveira, 2002).

Winnicott (1988, cit. por *op. cit.*) propõe o *holding*, que aponta uma qualidade de relação materna, carregada de afeto, que possa servir de alicerce para a emergência de seu mundo subjetivo e para as vicissitudes do processo terapêutico. Jeammet (1993, cit. por *op. cit.*) afirma que, se o transtorno alimentar é uma expressão do sofrimento egóico, da sua desorganização e extravasamento, ele é também uma tentativa de reorganização. No *setting* terapêutico é essencial evitar intervenções que possam ser entendidas pelo paciente como julgamento crítico, rejeição ou intrusão.

De acordo com Bruch (1962), existe um sentimento generalizado de que os pacientes com anorexia não respondem adequadamente aos psicanalistas. A autora refere que gradualmente compreendeu que “dar *insight*” a estes pacientes através de interpretações motivacionais era inútil e reforçava um defeito básico da sua estrutura de personalidade – a inabilidade para reconhecer os seus sentimentos – uma vez que sempre foram as suas mães a interpretá-los. Estas mães, de padrão predominantemente ansioso, impedem, por norma, o bebé de procurar, quando o alimentam antes de ele ter fome, o levantam antes de ele estar acordado, brincam com ele antes que ele tenha oportunidade de

querer contacto. Assim, pode tornar-se difícil para o bebé desenvolver uma autoconfiança realista. A criança cuja autonomia foi abafada pode esperar que o mundo aceite as suas necessidades sem qualquer esforço da sua parte. Ou pode temer ser destruída e dominada pelos outros, e ter um sentido pouco desenvolvido dos seus limites pessoais (Gomez, 2005).

Conforme Bruch foi tornando a sua abordagem menos interpretativa e direcionada para os factos, foi ocorrendo uma mudança nas respostas dos pacientes. Para muitos, foi a primeira experiência na qual foram ouvidos e não lhes foi dito como se deveriam sentir. Assim, a tarefa terapêutica essencial a desenvolver com estes pacientes é evocar-lhes o conhecimento de que existem sentimentos e impulsos que têm origem neles mesmos, e que podem aprender a reconhecê-los. Numa fase mais tardia do tratamento, necessitam de ajuda na avaliação e apropriação dos seus impulsos e no julgamento das possibilidades reais dos seus planos e esperanças. Ainda segundo Bruch (1985, cit. por Gorgati; Holcberg & Oliveira, 2002), estes pacientes apresentam lacunas profundas na comunicação, na verbalização dos seus afetos, na interpretação dos estados emocionais e na perceção das sensações corporais. Assim, um psicoterapeuta que se encontre convenientemente vinculado ao paciente, é capaz de experimentar (por meio do mecanismo de identificação projetiva descrito por Klein), esses afetos não verbalizados. Os sentimentos contratransferenciais devem ser remetidos ao paciente, de modo a que este possa dar significado aos mesmos, relacionando-os com experiências relevantes.

Apesar do supracitado, Gabbard (2006) compara a paciente anorética, com a paciente bulímica, referindo que a primeira se caracteriza por maior força egóica e maior controlo do superego, quando comparada com a segunda, que pode sofrer de uma incapacidade generalizada de adiar a descarga pulsional, devido a um ego enfraquecido e um superego frouxo.

5.1.4 Compreensão da Família nas Perturbações do Comportamento Alimentar

Os pais dos adolescentes também vivenciam lutos relativos ao crescimento dos seus filhos, não se deixando ficar insensíveis a todas as alterações que neles observam e de que sentem algumas repercussões. Se o adolecer é traumático para o jovem, para os pais não é mais pacífico. Por um lado, quando as crianças se tornam adolescentes, muitos destes pais encontram-se na “crise do meio da vida”, descrita por alguns autores, idade em que

ocorre a reavaliação das ambições e são feitos balanços, em que o pensamento e a reflexão prevalecem sobre a acção, as esperanças se tornam menores em termos profissionais, apesar de se ter atingido o auge das competências, podendo ocorrer no plano familiar perdas, nomeadamente dos pais (avós dos adolescentes) (Braconnier & Marcelli, 2000). Por outro lado, surge o sentimento de estranheza acerca daquela criança não mais presente, contribuindo assim para a ocorrência de um desencontro no seio da família (Cobelo *et al*, 2007).

Do ponto de vista dinâmico, considera-se que a causa da AN se encontra nas dificuldades na resolução do processo de separação da mãe numa fase precoce do desenvolvimento infantil (Mintz, cit. por Gabbard, 2006). Os indivíduos com estas perturbações foram ao longo da infância, por norma, crianças super adaptadas, que nunca deram qualquer tipo de problema aos pais e professores, o que de acordo com Nodin (1999), pode constituir uma fachada que encobre problemas de personalidade implícitos.

Bruch (1962), nas suas observações, descreve estas crianças (de acordo com os seus pais), como boas e sossegadas, obedientes e limpas, ansiosas por agradar e ajudar em casa, precocemente confiáveis e excelentes no desempenho escolar, sendo consideradas pelos pais como o seu orgulho e esperando destas, grandes feitos (aumentar a fortuna da família, compensar as frustrações parentais ou o comportamento de um irmão problemático). Descreve ainda as mães como conscienciosas no seu conceito de maternidade, mulheres muitas vezes não realizadas ou frustradas nas suas carreiras e aspirações, tendo sido subservientes de seus maridos. Estes, por sua vez, apesar do sucesso financeiro e social considerável, sentem-se de alguma forma “os segundos melhores”. Homens muito preocupados com as aparências exteriores, amantes do desporto e da beleza, esperando, no entanto, comportamentos adequados e conquistas mensuráveis dos filhos.

Bemporad e Ratey (1985, cit. por Gabbard, 2006) observaram um padrão habitual de envolvimento parental com filhas anoréticas, sendo o pai tipicamente carinhoso e apoiante de modo superficial, abandonando a sua filha emocionalmente sempre que esta necessitava dele. Além do mais, muitas vezes, estes pais buscavam conforto emocional nas suas filhas, em vez de serem eles a fornecê-lo.

A filha pode ser tratada como um objeto do *self*, proporcionando funções de espelho e de validação para cada um dos pais, sendo o seu próprio sentido de *self* negado. Esta não pode confiar nas pessoas para preencher as suas necessidades de objeto do *self*,

sendo forçada a duvidar de que os pais ou qualquer outro significativo em sua vida, irmão, alguma vez, ceder aos seus próprios interesses e necessidades para prestar atenção às suas necessidades de tranquilização, afirmação e “espelhamento” (Bachar *et al*, 1999, cit. por *op. cit.*). A jovem pode, numa tentativa desesperada de chamar a atenção dos seus pais para o seu sofrimento e urgência de ajuda, aumentar e intensificar a restrição alimentar.

Já de acordo com Selvini (1978, cit. por Nodin, 1999), estas mães são definidas como sobreprotetoras em relação à criança, considerando-a como uma extensão dos seus próprios corpos e não como ser autónomo. Selvini (1978, cit. por Gabbard, 2006) refere que estas pacientes são incapazes de se separar psicologicamente das suas mães, originando uma lacuna no alcance de qualquer sentido estável do seu próprio corpo. O corpo é percebido como se fosse habitado por uma introjeção materna má, e a inanição pode ser uma tentativa de parar o crescimento desse objeto interno intrusivo e hostil. Descritas por Nodin e Leal (2005) como excessivamente intrusivas em relação à criança, principalmente durante as fases iniciais do seu desenvolvimento, dificultando-lhes a fundação de uma identidade sólida, estável e distinta da figura materna. Assim, estes indivíduos foram bem tratados, não de acordo com as suas necessidades, mas de acordo com as vontades e decisões da mãe, deixando-os incapazes de identificar as suas próprias sensações e ações. Em criança, nunca tiveram a oportunidade de sentir fome porque a mãe os alimentava antes que esboçassem qualquer desejo, tendo aprendido que a alimentação está associada ao seu relacionamento com a mãe, sendo algo que esta decide pela criança, não estando vinculada à sua necessidade física de alimento (Lawrence, 1991, cit. por Santos *et al*, 2004).

De acordo com Marcelli e Braconnier (1989, cit. por Nodin & Leal, 2005), o pai é descrito em termos de personalidade, como uma pessoa fraca, passiva e de organização obsessiva e, ao contrário da mãe, caloroso, permissivo e “apagado”, com pouca influência nas decisões familiares. Já Sours (1974, cit. por *op. cit.*) faz referência à existência de hábitos alcoólicos por parte dos progenitores masculinos de muitas anoréticas. Brusset (1991, cit. por *op. cit.*) acrescenta que esses hábitos ocupam um lugar importante na vida familiar, fomentando atritos conjugais. No que respeita à relação com a filha, ela é apontada como tipicamente superficial. Alguns autores referem uma atitude sedutora da parte do pai, anterior ao aparecimento da doença, a qual teria continuidade, *a posteriori*, sob a forma de fascinação pela conduta anorética da filha (Kestemberg, Kestemberg & Decobert, 1972, cit. por *op. cit.*). Segundo Sours (1974, cit. por Nodin, 1999), a criança não

teve a oportunidade de demonstrar nem a angústia do estranho do oitavo mês nem a de separação, e a aquisição da locomoção bípede transformou-se em motivo de ansiedade e tristeza, ao invés de alegria para ambas, mãe e criança. Também não ocorre, frequentemente, encorajamento dos comportamentos de separação e exploração da criança pela progenitora. Desta forma, a tarefa desenvolvimental de separação da mãe nunca terá sido adequadamente elaborada pelo indivíduo, permanecendo este dependente da figura materna para a regulação das suas necessidades, prazeres e afetos. A separação real é dificilmente tolerada porque não se efetuou uma interiorização securizante do objeto, sendo o indivíduo invadido por sentimentos de vazio e angústias de aniquilação intensas, tendo de recorrer à realidade externa como contra investimento de uma realidade interna ansiogénica. A difícil vivência da carência, aliada a esta lacuna ao nível da elaboração mental, leva a uma atuação compulsiva, cujo objetivo é o da redução da dor psíquica, compulsão essa que se securiza num objeto substituto, que é a alimentação (Nodin, 1999).

O terapeuta familiar Minuchin e colaboradores (1978, cit. por Gabbard, 2006) descrevem padrões familiares confusos nas famílias destas pacientes, existindo uma marcada ausência de limites entre gerações e pessoas. Cada membro encontra-se demasiado envolvido na vida de todos os outros familiares, ao ponto de ninguém ter um sentido de identidade separada da matriz familiar.

A jovem pré-anoréxica, através da sua inteligência, obediência, perfeccionismo e devoção aos estudos e ao trabalho, satisfaz essa rígida expectativa, colaborando para manter a aparente harmonia da vida familiar, em detrimento da sua personalidade em formação. Porém, a chegada da adolescência, faz com que a jovem aparentemente bem adaptada seja inundada por sentimentos de ineficiência, desamparo e descontrolo sobre o seu corpo e sua vida (Bruch, 1972; 1978, cit. por Santos *et al*, 2004).

5.1.4.1 Terapia Familiar

A essência da terapia familiar é o foco na família como um todo e não apenas no elemento doente. A atenção é focalizada na função familiar e na comunicação e não na psicopatologia. As áreas mais comuns de atenção são: a eficácia do subsistema parental, as dificuldades relacionais do casal, a relação de sobre-envolvimento ou de superproteção pais – criança e a comunicação disfuncional.

Tomando agora como foco a AN pré-pubertária, habitualmente a família encontra-se perturbada e desesperada. A atenção é quase exclusivamente centrada na

criança doente, adotando os pais, por norma, atitudes distintas para gerir o problema, enquanto um apresenta dificuldades em não ceder, o outro apresenta-se firme e mesmo punitivo. Estas divergências conduzem a discordâncias e incoerência entre o casal, aproveitando a criança para acentuar o conflito entre os pais. Frequentemente um dos pais encontra-se mais envolvido na relação com a criança, protegendo-a, enquanto o outro permanece mais marginalizado ou desligado. As tensões na relação parental estão, muitas vezes, presentes, como resultado do problema do filho. Este conflito é frequentemente antigo e, em alguns casos, a doença emergiu neste contexto.

Existem numerosas escolas de terapia familiar, não existindo no entanto, evidências de qual a mais eficaz. A tarefa do terapeuta familiar não consiste na substituição dos pais na tomada de decisão, mas antes em ajudá-los a encontrar um consenso e um comum acordo. Este assume o papel de facilitador, devendo evitar tomar partidos, assim como confrontar o casal diretamente, uma vez que se trata de um assunto emocionalmente pesado, não sendo naquele momento, na sua perspetiva, esse o seu principal problema. Para além do mais a relação enquanto casal poderá já não existir. Assim, o terapeuta deverá dar a conhecer aos pais que entende que possam estar em desacordo, pois o problema da criança não é fácil de lidar, no entanto sabe que ambos querem, em primeiro lugar o melhor para a(o) filha(o) e posteriormente poderão pensar acerca do seu relacionamento. Poderá ser útil encorajar uma partilha de opiniões, em que cada figura parental exprime como gostaria que a outra lidasse com a situação. Esta técnica traz inúmeras vantagens, nomeadamente, promove uma comunicação mais aberta no seio da família, inicia um processo de compromisso e cooperação e demonstra à criança que os seus pais se estão a esforçar para trabalhar em equipa. Outro objetivo da terapia familiar consiste na promoção da expressão de sentimentos mais apropriada entre os membros da família, englobando a criança com AN (a qual tem tendência para bloquear ou negar os seus sentimentos), através do reconhecimento e aceitação dos sentimentos de cada um, pelo terapeuta. Este processo de validação dos sentimentos, ao invés da sua negação ou desqualificação, tem um efeito terapêutico considerável (Lask & Bryant-Waugh, 2006).

Pesquisas têm demonstrado a eficácia da terapia familiar face às abordagens psicoterapêuticas individuais na AN clássica (Fishman, 2006). De entre as muitas técnicas e concetualizações desenvolvidas para o tratamento efetivo da AN, uma das melhor sucedidas é a do almoço terapêutico. Técnica introduzida por Salvador Minuchin com vista à iniciação da família da pessoa anorética no tratamento. De acordo com Rosman,

Minuchin e Libman (1975, cit. por Fishman, 2006) o almoço terapêutico com a família fornece oportunidades excepcionais ao terapeuta para realizar a observação das transações familiares em torno da alimentação assim como realizar intervenções *in loco*, com vista a modificar os padrões dessas transações. Esta sessão também permite um propósito diagnóstico mais amplo, uma vez que as características estruturais e disfuncionais da família estão mais a descoberto neste contexto. Na experiência clínica de Fishman (2006) a sessão de almoço terapêutico expõe os padrões familiares problemáticos e a intervenção do terapeuta no momento, como que força a uma necessidade de mudança. Os resultados obtidos são por norma muito positivos, pois a jovem começa a comer mais adequadamente e os pais conseguem mudar os seus padrões transacionais.

Assim, torna-se difícil cuidar apenas da paciente sem a inserir no seu contexto familiar. A psicodinâmica da família interpõe-se na doença, sendo necessária a realização de intervenções familiares, aconselhamento e fornecimento de apoio, quer para a paciente, quer para os seus familiares (Lupo, 2004).

5.2 Sobre a Enfermagem...

O tratamento hospitalar da anorexia nervosa pressupõe uma abordagem multidisciplinar, desempenhando cada membro da equipa um papel pré-definido nos diferentes momentos e nas diversas áreas de necessidade e défice da cliente (Guimarães, Salzano & Abreu, 2002).

5.2.1 Papel da Enfermagem

Num contexto de internamento com crianças/jovens com perturbações do comportamento alimentar torna-se imprescindível que a equipa de enfermagem tenha conhecimentos sólidos sobre este tipo de patologia e de doentes. De acordo com Almeida e Igue (2004) os requisitos básicos no atendimento a pacientes com transtornos alimentares são: conhecimento da patologia e efeitos colaterais da medicação, ser empático e sensível, estar apto a lidar com situações de risco (tentativas de suicídio) e aplicar o SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem (equivalente ao Processo de Enfermagem). Os cuidados de enfermagem devem ser individualizados, com intervenções positivas, que facilitem o convívio familiar e social bem como o desenvolvimento de estruturas adequadas para os capacitar na resolução de problemas (Taylor, 1992, cit. por *op. cit.*).

As mesmas autoras referem como medidas terapêuticas de enfermagem: o fornecimento de apoio (demonstrar disponibilidade, preocupação, sensibilidade; valorizar progressos e sucessos; ajudar na tomada de decisão e promoção da independência; estimular a participação em grupos de atividades, evitando o isolamento; dar apoio no momento das refeições; proporcionar técnicas de relaxamento), as características das relações interpessoais (ser acolhedor; aceitar o outro; não prometer sem cumprir; estar disponível; utilizar técnicas de comunicação terapêutica: clarificação, validação e expressão; auxiliar na catarse de sentimentos; incentivar interações de cariz terapêutico e não de cunho social) e o estabelecimento de limites (manter conduta uniforme, não omitir ao paciente o seu plano terapêutico, reforçar positivamente as condutas saudáveis, estimular a participação dos pacientes nas atividades terapêuticas).

Almeida e Igue (2004) apontam como diretrizes de enfermagem para a AN em situação de internamento:

- Elaborar um “contrato” de aceitação mútua com a paciente, sobre a prestação de cuidados, abordando as rotinas da enfermaria;

- Discutir com a equipa multidisciplinar as condutas semanais;
- Permanecer junto da paciente, no horário das refeições, estimulando a alimentação;
- Tendo em conta a fase em que a paciente se encontra, permitir apenas um banho diário, devido ao repouso;
- Observar cuidadosamente a fim de que não esconda alimentos na roupa, bolsos, guardanapos, etc., nem que os coloque nos pratos de outras pacientes;
- Registar a quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, facultando o acesso à informação da nutricionista;
- Permanecer em cadeira de rodas, a fim de não caminhar e manter repouso absoluto;
- Estipular o horário para repouso após as refeições, sob supervisão da equipa de enfermagem, a fim de evitar a realização de exercícios físicos, assim como vigilância noturna, com o mesmo intuito;
- Verificar os sanitários após a sua utilização, a fim de averiguar indícios da ocorrência de vômitos ou restos alimentares;
- Observar sintomas de depressão: choro fácil, insónia, ideação suicida e risco de suicídio.

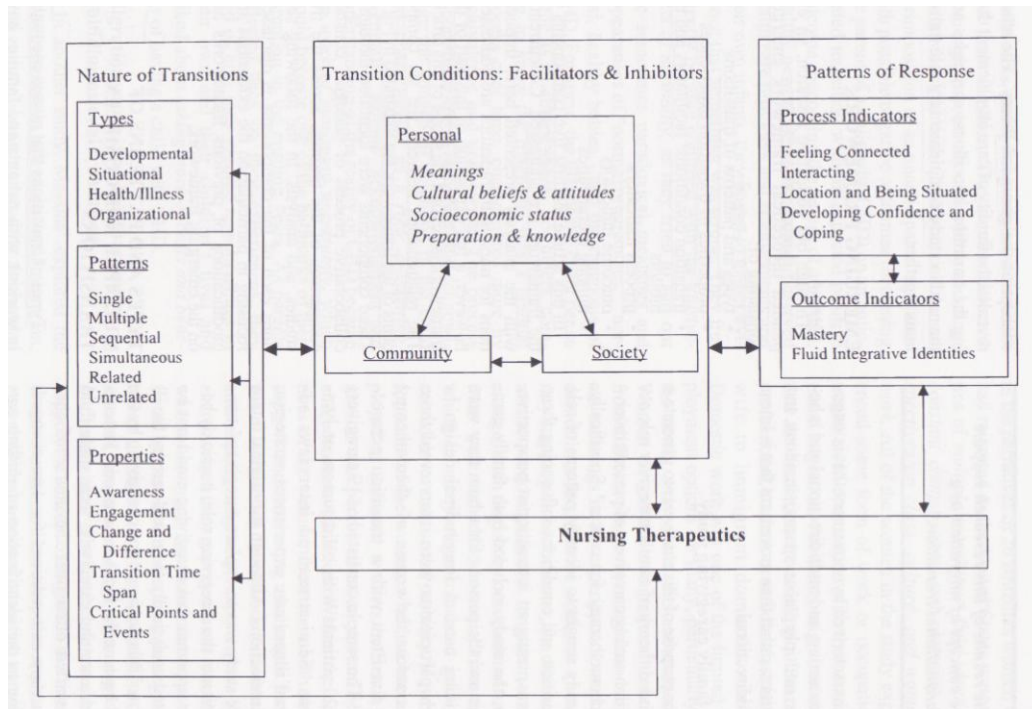
O cuidado de enfermagem a clientes com AN requer dos enfermeiros um grande esforço e competência, pois tanto necessitam de vigilância constante, orientação e supervisão, como precisam de estabelecer uma relação de confiança e de apoio emocional. A uniformização das condutas da equipa é de extrema importância, no sentido de evitar brechas na mesma, que possam ser aproveitadas pelos pacientes. A aliança com a família é outro aspeto de elevado relevo, visto que esta é parte integrante no processo de recuperação do familiar doente. Esta deve ser orientada, apoiada e estimulada a participar na continuidade do tratamento, acompanhar às consultas, observar alterações de comportamento, apoiar nas recaídas e ajudar na aceitação da doença (*op. cit.*).

5.2.2 Pensar Enfermagem - Teoria das Transições de Meleis

No âmbito do presente trabalho, face à necessidade de contextualização do problema no domínio da teoria de enfermagem, surge a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis (2010), como aquela que mais se adequa à problemática em estudo e que parece responder às questões levantadas.

Assim, esta é uma teoria de médio alcance, a qual se encontra, para mais fácil compreensão da subsequente exposição, esquematizada na figura 2.

Figura 2 - Teoria das Transições - Teoria de Médio Alcance



Fonte: MELEIS, Afaf – *Transitions Theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*, 2010, p. 56

Num mundo em constante mudança, o ser humano experiencia períodos de transição, possuindo ou não a capacidade de lidar com essas mudanças. As experiências humanas, as respostas, as consequências das transições no bem-estar das populações, têm sido áreas de estudo cada vez mais centrais para a disciplina de enfermagem.

Várias são as razões que evocam a transição como um assunto de enfermagem. Enumerando algumas, primeiro, as enfermeiras passam grande parte do seu tempo a cuidar pessoas que se encontram a experienciar uma ou mais mudanças nas suas vidas que afetam a saúde (por ex.: a transição para um internamento hospitalar, a transição para a alta, o pós-parto, entre outras). Segundo, aquando da revisão da literatura de enfermagem levada a cabo por Meleis *et al*, foram encontradas 310 citações que identificavam as “transições” como conceito central da discussão. Terceiro, devido aos avanços tecnológicos e políticas de saúde reducionistas, as altas hospitalares são muitas vezes precoces, continuando o cliente a sua recuperação e reabilitação no domicílio. Se o cliente e a família não são

devidamente cuidados durante a transição para a reabilitação, podem surgir complicações ou mesmo possíveis readmissões. Quarto, existem muitos eventos à escala mundial, que desencadeiam transições que afetam o bem-estar dos indivíduos. É o caso da imigração ou da migração. Estes movimentos colocam as pessoas em risco de doença, tornam-nas mais vulneráveis ao stresse, podendo influenciar o modo como estas se ajustam ao novo ambiente. Quinto, o envelhecimento da população mundial, traz novos desafios de cuidados às enfermeiras, sendo esperado que estas ajudem os indivíduos e as famílias a lidar com o processo de envelhecimento e a suas inúmeras mudanças (geográficas, físicas, emocionais e/ou mentais). Sexto, as pessoas com doença crónica vivem cada vez mais tempo e as crianças prematuras são viáveis cada vez mais cedo. Viver com doença crónica e com qualidade de vida, pressupõe uma série de transições, que requerem intervenções de enfermagem em diferentes estadios e momentos críticos. Por último, a ocorrência de desastres naturais e causados pela mão humana, requerem não só a intervenção imediata da enfermagem, mas também um seguimento a longo prazo das populações afetadas, no sentido de supervisionar e intervir nos seus processos de adaptação e recuperação.

Meleis (2010) define **transição** como um conceito multidimensional. Uma passagem de um estado de estabilidade razoável para outro estado de igual estabilidade, sendo esse processo desencadeado por uma mudança. As transições caracterizam-se por uma diversidade de estadios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser definidos através de processos e/ou resultados. São passagens de uma fase de vida, condição ou posição (status) para outra, podendo envolver mais do que uma pessoa. A transição denota uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas ou nas capacidades. Abrange os elementos: processo, espaço temporal e percepção, sendo que o processo sugere fases e sequência, envolve a rutura que a transição origina e a resposta que a pessoa dá a essa interferência; o espaço temporal remete para um fenómeno em curso, mas limitado, tem início aquando da antecipação da transição e termo quando a pessoa encontra a estabilidade no novo estatuto adquirido; a percepção está relacionada com o significado que a pessoa em transição lhe atribui, ou seja, como a associação entre a ambiguidade de papel e a ameaça ao autoconceito é experienciada.

Meleis (2010) concetualizou na sua teoria uma base teórica para o diagnóstico de problemas de enfermagem, centrada nos conceitos de insuficiência de papel e de suplementação de papel. A insuficiência de papel é antecipada e experienciada pelo cliente durante as transições que vivencia. A suplementação de papel é a base concetual da

intervenção de enfermagem. Importa clarificar os conceitos referidos. Quanto à noção de papel, este é entendido, não só como um mero conjunto de comportamentos reais ou esperados, mas como um sentimento ou meta que fornece unidade a um conjunto de ações potenciais (Turner, 1959, cit. por Meleis, 2010). A noção de papel utilizada por Meleis no seu modelo remete para o interacionismo simbólico, sendo este (o papel) concetualizado como uma forma de fazer face a um novo papel imposto, não desvalorizando a importância do contexto, considerando-o antes como um fator adicional na definição do papel. O papel, enquanto conceito, torna-se útil na interpretação do comportamento individual na relação com outros significativos, e na compreensão do contexto em que estes comportamentos têm lugar. A teorização acerca do papel enfatiza a noção de que o comportamento humano não é uma simples questão de reação estímulo-resposta, mas o resultado de uma complexa interação entre o ego e a sociedade. O papel é ainda olhado como um constructo sociopsicológico útil para a enfermeira aceder aos problemas do cliente e planear intervenções de enfermagem.

A transição de papel traduz-se por uma mudança nas relações, expectativas ou capacidades relacionadas com determinado papel. Esta requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, modifique o seu comportamento, ou até que altere o modo como se vê no seu contexto social. Existe um grande número de transições relacionado com o processo de saúde – doença, devendo este ser tido em atenção pelos profissionais de saúde, mais concretamente, dada a sua posição estratégica de proximidade com o cliente, pela enfermeira.

A insuficiência de papel diz respeito aos problemas potenciais que os indivíduos podem sofrer se não se encontrarem devidamente preparados para a experiência de transição. Esta compreende qualquer dificuldade de conhecimento e/ou de execução de um papel ou de sentimentos ou metas associados ao comportamento esperado para dado papel, percebido pelo próprio ou por outros significativos. A dificuldade percebida pode resultar de uma incongruência entre o comportamento apresentado e o comportamento esperado face a dado papel, pelo indivíduo ou por outros significativos. A insuficiência de papel denota o comportamento ou sentimentos associados com alguma disparidade sentida no cumprimento das obrigações ou expectativas associadas a um determinado papel, pelo próprio e/ou por outros significativos, numa situação de saúde – doença. Além disso, de acordo com Stryker (1959, cit. por Meleis, 2010), caracteriza um ego confrontado com um sem número de expectativas, que no seu entender não podem ser articuladas. Em suma, a

percepção de um inadequado desempenho de papel, pelo sujeito ou por outros para si significantes, e a conduta e sentimentos associados a tal percepção, quando efetivamente existem dificuldades no cumprimento de um papel, pode ser designada de insuficiência de papel.

A insuficiência de papel pode ainda resultar de uma definição de papel deficiente, da dinâmica interna das relações de papel ou simplesmente do desconhecimento dos comportamentos, sentimentos e objetivos associados ao papel. Por outro lado, o indivíduo pode meramente recusar assumir um determinado papel. Este pode fazer um balanço entre os custos e as recompensas de tal papel e decidir não o assumir, sendo assim a insuficiência de papel voluntária, determinada pelo próprio e até reforçada por alguém significativo. Ao invés, numa insuficiência de papel involuntária, o indivíduo fornece sinais que podem ajudar nessa deteção, são exemplo: ansiedade, depressão, apatia, frustrações, tristeza, impotência e/ou agressividade e hostilidade, podendo estes sintomas impedir que a pessoa mantenha ou progrida, de forma confortável e saudável, na transição de papel em curso.

A suplementação de papel é definida como qualquer processo deliberado, pelo qual a insuficiência de papel presente ou potencial é identificada pelo tomador do papel ou por outros significativos e as condições e estratégias de clarificação de papel e de tomada de papel são usadas para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica, a fim de diminuir, melhorar ou prevenir a insuficiência de papel. Assenta na transmissão de informação ou experiência necessária para trazer ao tomador do papel e aos outros significativos, o conhecimento completo e antecipado acerca dos padrões de comportamento, sentimentos, sensações e objetivos envolvidos em dado papel e o seu complemento. Pressupõe conhecimento do papel do próprio e do papel dos outros, assim como das dinâmicas inter-relacionais e engloba os papéis informais e a conceção de papel informal, assim como os sistemas de papéis formais ou oficiais.

A suplementação de papel pode ser preventiva ou terapêutica. Quando é utilizada com vista à clarificação de papéis com pessoas que antecipam transições, é considerada uma atuação preventiva. Por exemplo, quando as enfermeiras trabalham com grávidas a preparação para o nascimento. Já a suplementação de papel terapêutica é empregue quando a insuficiência de papel se tornou manifesta. Por exemplo, alguém manifestando apatia e alienação com ideação suicida, após se ter aposentado, pode beneficiar de interações com grupos de referência, que ajudarão na suplementação de papel.

A suplementação de papel operacionaliza-se em: componentes (clarificação de papel e tomada de papel); estratégias (modelação de papel, treino de papel, interações com grupo de referência) e processos (comunicação e interação). Os componentes que compõem a intervenção de enfermagem de suplementação de papel compreendem: a clarificação de papel, que se define como o domínio do conhecimento ou da informação específica e das indicações necessárias para desempenhar um dado papel e a tomada de papel, que envolve as habilidades cognitivas e afetivas do ego, e requer que a pessoa assuma, através da imaginação, a posição ou o ponto de vista do outro, através da aprendizagem vicariante. As estratégias utilizadas para alcançar os objetivos da clarificação e tomada de papel são: a modelação de papel, que é o tipo de aprendizagem social de papel mais prevalente, muito utilizado pela criança, também definido por Mowrer (1960, cit. por Meleis, 2010) como imitação, aprendizagem através de um processo de tentativa e erro, sem reforço direto ou extrínseco para a imitação; o treino de papel, caracterizado por uma atividade interna, que precede a interação, na qual o indivíduo fantasia, imagina e age mentalmente, a forma como um encontro deverá decorrer e como o seu papel deverá ser desempenhado; as interações com grupo de referência, estratégia que consiste na integração da pessoa que se encontra com insuficiência de papel em grupos de referência, assim como outros significativos identificados, com vista à aquisição de estratégias e processos, que contribuam para a sua aprendizagem de papel. E por fim os processos, que compreendem a comunicação, que é o mecanismo através do qual se constroem significados, sendo a chave do processo na suplementação de papel. Traduz-se no processo que facilita a implementação de estratégias e melhora a obtenção de domínio dos componentes da suplementação de papel. A comunicação e a interação são processos centrais de clarificação e tomada de papel, sendo assim centrais para a suplementação de papel, pois é através de uma comunicação clara e aberta que os papéis evoluem.

A literatura revela diversas situações identificadas pelas enfermeiras como transições. Em 1986 Chick e Meleis identificaram três tipos de transições relevantes para a enfermagem: a desenvolvimental, a situacional e a de saúde – doença. Posteriormente, após revisão da literatura, Meleis (2010) propôs subcategorias para cada tipo de transição e identificou uma categoria adicional, a transição organizacional. As três clássicas serão aqui alvo de atenção.

Transição Desenvolvimental

Podem ser encontradas inúmeras transições de papel no decurso normal do crescimento e desenvolvimento. Duas transições significativas podem ser associadas a problemas de saúde (física e mental): a) da infância para a adolescência, associada com os bem reconhecidos problemas de formação da identidade, assim como problemas como o consumo de drogas, doenças venéreas, problemas relacionados com a sexualidade e maternidade na adolescência; e b) da idade adulta para a velhice, acompanhada de problemas gerontológicos relacionados com a identidade, aposentadoria e doença crónica.

Sendo inconcebível a existência de um papel sem o papel contrário (*counterrole*) para o reforçar e complementar, qualquer mudança ocorrida no papel exige ajustes complementares no papel contrário.

De entre as transições desenvolvimentais, a mais estudada diz respeito à transição para a parentalidade, nomeadamente as que ocorrem durante a gravidez (Imle, 1990; Imle & Atwood, 1988, cit. por Meleis, 2010), durante o período pós-parto (Brouse, 1988; Pridham & Chang, 1992, cit. por *op. cit.*) e após 18 meses do nascimento (Majewski, 1986; 1988, cit. por *op. cit.*). No entanto é a transição para a maternidade a que se encontra mais estudada. A meia-idade também tem concetualizadas múltiplas transições para a mulher, sendo a menopausa a mais conhecida.

Assim, as mudanças desenvolvimentais sofridas pelo paciente e por outros significativos, devem ser consideradas pela equipa de saúde. Mudanças recíprocas devem ser antecipadas, exploradas e consideradas aquando do planeamento de intervenções.

Transições situacionais

Este tipo de transição envolve adição ou subtração de indivíduos numa constelação pré-existente de papéis e componentes. Como exemplos tem-se a chegada ou a perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte. Cada uma destas situações requer definição e/ou redefinição dos papéis envolvidos na constelação de interações. A enfermeira constitui uma figura de referência neste tipo de situações.

A transição de um estado de casal sem filhos para o de casal com filhos, ou com o primeiro filho, é bem reconhecida, sendo-lhe atribuída grande importância cultural e psicossocial. Esta situação não envolve apenas grandes mudanças nas conceções pessoais e interpessoais face à sociedade, requer também ajustes nos pequenos sistemas, devido à adição de um terceiro elemento (a criança), que proporcionará uma mudança na estrutura do grupo - de díade para tríade - com papéis significativos e mudanças nos papéis

complementares, que podem causar conflitos se não forem devidamente antecipados, reconhecidos e identificados.

Transições situacionais no contexto da enfermagem foram estudadas por diversos autores, as mais comumente reconhecidas são as ocorridas nos papéis educacionais (de estudante de enfermagem para enfermeiro) e profissionais (mudanças sucessivas na prática clínica no decurso da carreira, mudanças no local de prática, mudanças no tipo de doentes alvo de cuidados, entre outras). Outras transições situacionais descritas contemplam mudanças na situação familiar, como por exemplo: a viuvez (Poncar, 1989, cit. por Meleis, 2010), a passagem de um idoso do seio familiar para um lar de idosos (Johnson, Morton & Knox, 1992, cit. por *op. cit.*), a passagem de membro da família a cuidador de um familiar que adoeceu (Brown & Powell-Cope, 1991, cit. por *op. cit.*). Ainda a imigração (Meleis, 1987, cit. por *op. cit.*), a situação de sem-abrigo (Gonzales-Osler, 1989, cit. por *op. cit.*), a experiência de quase-morte (Dougherty, 1990, cit. por *op. cit.*) e a fuga de relações de abuso (Henderson, 1989, cit. por *op. cit.*), constituem situações que têm vindo a ser concetualizadas como transições.

Transição de saúde – doença

Esta categoria inclui as transições cuja mudança de papel súbita consiste na passagem de um estado de plena saúde para um estado de doença aguda; na mudança gradual de papel de saudável para doente; na mudança de papel de um estado de doença para um estado de saúde; na transição de papel repentina ou gradual de saudável para doente crónico. Cada transição deverá ser considerada em termos de pares de papéis ou no âmbito de um sistema. Portanto, no contexto da saúde, a pessoa não pode ser considerada isoladamente, devendo as mudanças na sua condição, ser exploradas e consideradas, em termos da teia de relações com os seus significantes. O impacto das transições relacionadas com a doença nos indivíduos e famílias tem sido explorado em vários contextos, alguns exemplos são: o enfarte agudo do miocárdio (Christman, *et al*, 1988, cit. por Meleis, 2010), a recuperação pós-operatória (Wild, 1992, cit. por *op. cit.*), o cancro em fase avançada (Reimer, *et al*, cit. por *op. cit.*), a doença crónica (Catanzaro, 1990; Loveys, 1990, cit. por *op. cit.*), a alta hospitalar para o domicílio (Brooten *et al*, 1988; Ladden, 1990; Wong, 1991, cit. por *op. cit.*), entre outros.

Apesar dos diversos tipos de transições, estas possuem propriedades que são universais. Assim, as transições são processos que ocorrem através do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro (Chick & Meleis, 1986, cit.

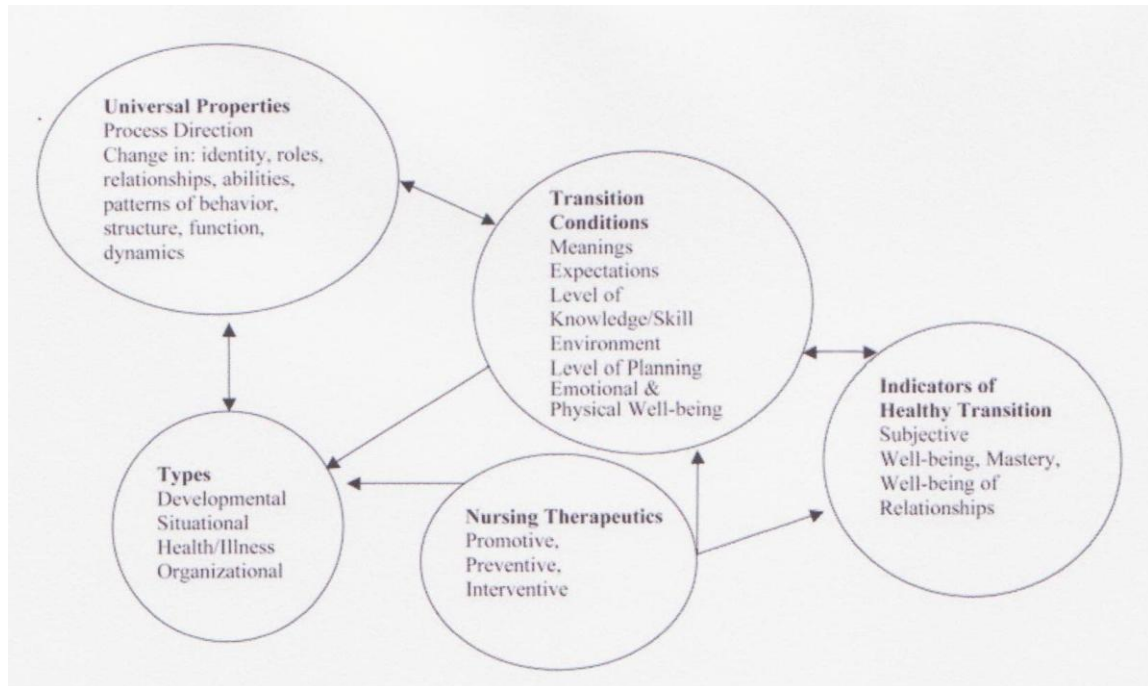
por *op. cit.*). A outra propriedade universal das transições diz respeito à natureza da mudança, por exemplo mudança nos papéis, na identidade, nos relacionamentos, nas habilidades e nos padrões de comportamento.

No modelo de Chick e Meleis (1986, cit. por *op. cit.*) foram identificados fatores pessoais e ambientais que afetam os processos de transição. A partir de então a investigação em enfermagem estabeleceu fatores importantes quanto à sua influência nas transições, no sentido de apoiar as enfermeiras na compreensão destes processos que os seus clientes se encontram a atravessar. Deste modo, as condições das transições incluem: significados, expectativas, níveis de conhecimento e perícia, ambiente, nível de planejamento e bem-estar físico e emocional.

Com vista à identificação de transições saudáveis, importa que as enfermeiras reconheçam os indicadores que revelam os resultados dessas transições, com vista ao planejamento e avaliação de intervenções bem sucedidas. Os indicadores que traduzem transições saudáveis consistem em: sentido subjetivo de bem-estar, domínio de papel e relações interpessoais de bem-estar.

As transições podem ser encaradas de duas formas: como um resultado de algo e podendo resultar em mudanças na vida, saúde, relações e ambientes. As enfermeiras, enquanto prestadoras de cuidados de primeira linha, aos clientes e suas famílias submetidos a transições, participam nas mudanças e exigências que as mesmas trazem para a vida quotidiana dos referidos indivíduos. Estas preparam os clientes para as transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as suas experiências de saúde – doença (Meleis, 2000). As transições são de grande interesse para a enfermagem, uma vez que trazem consequências para a saúde dos indivíduos, famílias e populações. A literatura sugere a concetualização dos resultados das transições relativos à saúde, através da incorporação das dimensões: comportamental, interpessoal e subjetividade, possuindo os cuidados de enfermagem o objetivo de promover e restabelecer as dimensões da saúde individual, familiar e organizacional. As intervenções de enfermagem visam assistir os clientes na criação de condições conducentes a transições saudáveis. O modelo de enfermagem das transições, que resume as propriedades, condições, tipos e indicadores das transições saudáveis, assim como os cuidados de enfermagem, pode ser consultado na figura 3.

Figura 3 - Modelo de enfermagem das transições



Fonte: MELEIS, Afaf – *Transitions Theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*, 2010, p. 47

A centralidade do conceito de transição tem implicações para a prática de enfermagem, pois providencia aos seus profissionais um modelo que descreve as necessidades sentidas pelos pacientes durante a admissão, alta, recuperação e transferência. Reconhecendo a centralidade das transições e os seus efeitos profundos na saúde nos clientes, emerge a necessidade de conceitualizar cuidados de enfermagem focalizados na prevenção das consequências negativas e no melhoramento dos resultados em saúde (Meleis, 1991, cit. por Meleis 2010).

A enfermagem tem por base do seu conhecimento e orienta, a ajuda à pessoa a alcançar um sentimento de domínio, um nível de funcionamento e o conhecimento acerca dos modos como pode mobilizar a sua energia. Esta disciplina facilita transições relacionadas com a saúde e com a percepção de bem-estar, o que lhe fornece uma perspetiva singular. No seio do modelo da transição, o cuidar é visto como um processo facilitador de transições bem sucedidas, as quais se caracterizam por bem-estar emocional, domínio e bem-estar relacional, cuidar este que não é limitado por um início nem por um final medicamente determinado, mas que parte inteiramente da autonomia e iniciativa da enfermeira que o leva a cabo (Meleis, 2010).

6. Metodologia

A Metodologia de Projeto, sob a qual assenta a realização do presente trabalho, é baseada numa investigação centrada num problema real identificado e na consequente implementação de intervenções e estratégias úteis para a sua resolução. É uma metodologia promotora da prática baseada em evidência (Ruivo *et al*, 2010).

De acordo com Leite e Santos (2004) a Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP) caracteriza-se pelo seu desenvolvimento em grupo, com pesquisa no terreno, pela dinamização da relação teoria-prática, pretendendo, num processo aberto, produzir conhecimentos sobre as temáticas em estudo ou intervir sobre os problemas identificados. Busca analisar alternativas ou mesmo intervir com vista à resolução de situações concretas, tendo em linha de conta os recursos e as possíveis limitações de intervenção. Todo o desenvolvimento parte de uma planificação flexível, possível de ser modificada, de acordo com as necessidades do projeto.

“A Metodologia de Projeto é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”, ou seja, ela fornece-nos a previsão de uma mudança. É uma metodologia ligada à investigação e centrada na resolução de problemas, obtendo-se através desta, capacidades e competências pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real (Guerra, 1994).

Tem como objetivo central a análise e a resolução de problemas em equipa, através de diversas técnicas que possibilitam a recolha, angariação e análise de informação, tentando através da determinação das ações a serem adotadas e do melhor momento para as implementar, responder à questão “o que fazer e como fazer”. É um processo dinâmico e não estanque, que permite uma flexibilidade, adaptação e reorientação dos procedimentos ao longo do trabalho, sempre que necessário (Leite, Malpique e Santos 2001).

A metodologia de Projeto permite ao investigador estabelecer uma dinâmica entre teoria e prática, possibilitando-lhe uma melhor compreensão da realidade da população atingida pelo problema em estudo e consequentemente uma melhor planificação e ação mais dirigidas à mesma. O trabalho desenvolve-se no contexto onde nasce o projeto (*op. cit.*).

As suas características fundamentais resumem-se a: uma atividade intencional, pressupondo um objetivo e um produto final; iniciativa, autonomia e cooperação;

autenticidade, pois focaliza-se num problema autêntico; complexidade e incerteza; um carácter prolongado e faseado, pois prevê um intervalo de tempo composto por várias fases (Ruivo *et al*, 2010).

De acordo com Brissos (2004), para que um projeto possa ser sustentável e proporcionar benefícios num alargado período de tempo, deverá apresentar as seguintes características: produzir benefícios que possam persistir e que, mesmo na ausência deste, os efeitos possam perdurar; criar dinâmica para outras iniciativas; e permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível de forma autónoma, contemplando os recursos existentes.

A metodologia de Projeto é constituída por cinco etapas ou fases: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação, Divulgação dos Resultados (Relatório final). De seguida serão explanadas cada uma delas e enquadradas no contexto do trabalho.

6.1. Diagnóstico

Diagnóstico de Situação

A primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto é o diagnóstico de situação, o qual tem por objetivo a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, isto é, procede-se à elaboração de um modelo descritivo do real, acerca do qual se aspira atuar e modificar (Tippelt & Amorós, 2004).

Nesta etapa importa definir os problemas quer do ponto de vista qualitativo quer quantitativo, estabelecer as prioridades e indicar as causas prováveis, selecionando, *a posteriori*, os recursos e grupos intervenientes. Compreende a recolha de dados objetivos e qualitativos (Ruivo *et al*, 2010).

Assim, numa fase inicial do projeto, com vista à identificação das ações/intervenções levadas a cabo por estes enfermeiros junto das famílias, quando estas estão presentes no internamento, que recursos convoca a equipa quando se encontra na presença dos pais, e no fundo que falhas existem no serviço relacionadas com a forma como estes enfermeiros mobilizam o “recurso” pais, planeámos a utilização de algumas ferramentas diagnósticas. São elas: a FMEA - *Failure Mode and Effect Analysis*, a análise dos registos de enfermagem e ainda a aplicação de questionários aos enfermeiros.

6.1.1. Objetivo

Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis desde o geral ao mais específico.

Os **objetivos gerais** são definidos como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados, ou seja, apontam-nos aquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo. A sua formulação deve ter em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo por norma respeito a competências vastas e complexas (Mão de Ferro, 1999, cit. por Ruivo *et al*, 2010).

Os **objetivos específicos** são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem alcançar ao longo do processo formativo, traduzindo-se na subdivisão de um objetivo geral mais amplo, em aprendizagens mais básicas (*op. cit.*). De acordo com Mão de Ferro (1999, cit. por *op. cit.*, p.18) a “avaliação de um objectivo geral só é possível se este for traduzido em termos concretos e específicos, uma vez que garante maior objectividade aos resultados esperados, sobre a forma de comportamentos observáveis”. Assim, torna-se possível relacionar o número de objetivos específicos com o grau de complexidade do objetivo geral, sendo-lhe diretamente proporcional.

Objetivo geral

“Conhecer como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico.”

Objetivos Específicos

- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros, à família, no processo terapêutico dos pré-adolescentes / adolescentes internados com AN;
- Reconhecer se os enfermeiros intervêm junto destes pais em crise, e se sim, de que modo o fazem;
- Enunciar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na relação / intervenção com os pais dos pré-adolescentes / adolescentes com AN.

6.1.2. Tipo de Estudo

Tendo em conta a problemática que nos propomos abordar, parece-nos indicado o recurso a uma metodologia de **abordagem qualitativa**, uma vez que esta visa o estudo e a interação com as pessoas no terreno, numa tentativa de conhecer a realidade do ponto de

vista daqueles que a vivem (Fortin, 1999). Deste modo, e com vista a atingir os objetivos propostos para este projeto, decidimos realizar um estudo de carácter **exploratório-descriptivo**, de nível I, uma vez que pretendemos descrever ou caracterizar um fenómeno, de forma a torná-lo conhecido. Assim, pretendemos conhecer como é que a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com AN é integrada no processo terapêutico.

6.1.3. População e Amostra

A nossa **população alvo** é constituída pela equipa de enfermagem de um dado serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, composta por um total de treze enfermeiros e a **população acessível** corresponde a dez enfermeiros do referido serviço (menos três do que na população alvo porque um dos enfermeiros era o enfermeiro chefe, o qual não foi envolvido na colheita de dados e os outros 2 enfermeiros encontravam-se ausentes do serviço naquele período de tempo).

6.1.4. Fontes de Dados

A natureza do problema a indagar determina o tipo de método de colheita de dados a ser utilizado. Desta forma, antes de proceder à colheita de dados, o pesquisador deve tentar compreender se a informação que quer colher com o auxílio de um determinado instrumento de medida, é aquela que necessita para dar resposta aos objetivos que se propôs alcançar. Para além do conhecimento dos instrumentos de medida disponíveis, este deve ter em consideração o nível da questão a que pretende dar resposta, ou seja, quando existem escassos conhecimentos sobre um fenómeno, como no estudo exploratório-descriptivo (nível I), o seu autor deve reunir a maior quantidade de informação possível, com vista a abranger os diferentes aspetos do fenómeno. Assim, a este nível são essencialmente utilizadas as observações, as entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas, os questionários semi-estruturados, o material de registo, etc. (Fortin, 1999).

De seguida serão apresentadas as fontes de dados utilizadas ao longo da realização do diagnóstico, detalhando-se o contexto e percurso efetuado na utilização de cada uma. Importa ainda referir que foi utilizada a triangulação dos dados, a qual consiste na utilização combinada de diferentes métodos de colheita de dados, junto de diversas fontes de informação, a fim de estudar um mesmo fenómeno no seio do mesmo estudo.

6.1.4.1. Processo de Cuidados

I – Observação Participante

Os investigadores com interesse no estudo do comportamento das pessoas não têm muitas opções na forma de colher dados. Ao procurarem conhecer tais vivências terão obrigatoriamente, de interligar o subjetivo das experiências com o objetivo da observação. Existindo então, múltiplas estratégias geradoras de dados, pareceu-nos facilitador iniciar a colheita de dados pela **observação participante**. Esta estratégia impulsionou, de modo genérico, a observação participante das várias dinâmicas da unidade, e de modo mais estreito e deliberado, a observação participante dos cuidados de enfermagem prestados naquela. O referido momento de observação e reflexão sobre o vivido, correspondeu à fase da integração no serviço, que equivaleu a aproximadamente três semanas de estágio, em regime de turnos rotativos (manhãs e tardes).

A UIPIA, serviço para nós completamente desconhecido, implicou um esforço de rápida integração nas equipas de enfermagem e multidisciplinar, assim como no seu espaço físico e ambiente psicoafectivo. Foi nesta fase de observação que foram surgindo as inquietações relacionadas com as pré-adolescentes e adolescentes com AN, relativamente ao facto de se verem privadas do contacto (telefónico e presencial) com a família, na fase inicial do seu plano terapêutico. Constata-se que a família não se encontra presente no serviço, apenas o faz na hora da visita (acompanhada pelo enfermeiro e/ou assistente operacional, sendo a sua duração adaptada à evolução favorável da criança/adolescente durante o internamento) e nas reuniões médicas semanais conjuntas, onde estão presentes a criança/adolescente internado, os pais e o pedopsiquiatra que acompanha o caso. Mais, constata-se que as crianças/adolescentes internados com AN, eram privadas, de acordo com um plano terapêutico previamente acordado entre estas, a família e a equipa de saúde, do contacto físico e até do contacto telefónico com a sua família. Isto é, de acordo com o seu projeto terapêutico, que consistia entre outras intervenções, num Plano por Etapas (Anexo I), estes indivíduos, durante as etapas iniciais do mesmo (que poderiam ter a duração de algumas semanas até cerca de dois/três meses, consoante a sua evolução), não recebiam a visita dos pais/cuidadores, nem realizavam ou recebiam telefonemas de qualquer natureza. Os pais não contactavam com as filhas durante semanas, ou até meses, há exceção das referidas reuniões familiares, de periodicidade semanal, com o pedopsiquiatra, onde a família (por norma os pais) se encontrava, de forma mediada, com a criança/adolescente internado e com o clínico, durante o período da consulta.

II – FMEA

Após um sentimento mínimo de conforto e de algum domínio da estrutura e organização do serviço, nomeadamente no que respeita aos cuidados de enfermagem, à intervenção médica, psicológica e social, propusemo-nos à realização de uma FMEA (Apêndice II). Esta intitulou-se “FMEA – Diagnóstico de Situação – O circuito da família da criança/jovem internado numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA)”. Este instrumento foi sendo alvo de discussão quer com alguns membros da equipa de enfermagem, quer com o enfermeiro chefe da unidade. Emergiram então algumas conclusões, relacionadas com os RPN (Número Prioritário de Risco) mais elevados, que passo a enunciar:

- a visita dos irmãos (etapa 6), é por vezes impedida, sendo algumas vezes desvalorizada, podendo levar a atitudes de descontentamento, aumento de ansiedade e sentimentos de insegurança por parte da família e irmão(s) e conseqüente desmotivação da visita do(s) mesmo(s) ao irmão doente, assim como aumento da ansiedade da criança/jovem internado;

- as chamadas telefónicas dos pais/familiares/representantes para a unidade (etapa 8), quando o incidente diz respeito a não lhes ser permitido falar com a criança/jovem internado, parece ser um motivo de preocupação para a família causador de descontentamento e ansiedade, que também é sentida pela criança/jovem internado; - as visitas subseqüentes da família à criança/jovem (etapa 7), são por vezes desvalorizadas (2º incidente), podendo originar mais uma vez atitudes de descontentamento, manutenção dos níveis de ansiedade e insegurança por parte da família, com conseqüente desmotivação da visita familiar à criança/jovem internado.

No entanto, na FMEA emerge paralelamente às 9 etapas descritas, uma outra dimensão relacionada com as crianças/jovens internados com perturbação do comportamento alimentar, nomeadamente a anorexia nervosa, a qual nos despertou especial interesse. Estes dados podem ser consultados na FMEA: nas páginas 3, 4, e 8, onde no texto o leitor é remetido para as notas de pé de página ^{i, iv e vii}, que explicitam as questões relativas às crianças/jovens com anorexia nervosa internadas na UIPIA. Ainda na página 9, relativamente à etapa 8, nas causas relativas ao incidente “Não lhes é permitido falar com a criança/jovem internado” é feita alusão a estes clientes quando é referido “Não é pertinente para o estado atual da criança/jovem receber o telefonema”.

6.1.4.2. Registos de Enfermagem

Nesta fase do projeto, a pesquisa foi direcionada para situações de cuidados concretas que envolvessem os enfermeiros e a restante equipa multidisciplinar, dando especial enfoque aos primeiros e às suas práticas, visto serem estes a população-alvo deste estudo, procedendo à colheita de dados nos registos de enfermagem constantes dos processos clínicos de pré-adolescentes e adolescentes internados (e com alta) com o diagnóstico de AN. Esta colheita de dados teve a duração de aproximadamente um mês e corresponde a uma amostra de 6 processos clínicos de 5 indivíduos do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos. A técnica utilizada foi a análise de conteúdo.

Emergiram da referida análise 5 categorias:

- A - Contacto da família com o/a enfermeiro/a – telefónico
- B - Contacto da família com o/a enfermeiro/a – presencial
- C - Contacto do pré-adolescente/adolescente com a família – telefónico
- D - Contacto do pré-adolescente/adolescente com a família – visita
- E - Contacto do pré-adolescente/adolescente/família com o médico assistente

As transcrições organizadas nas referidas categorias podem ser conferidas em apêndice (Apêndice III).

Apresentam-se as principais conclusões:

Relativamente à categoria A em que foi avaliado o contacto da família com o enfermeiro via telefónica, constata-se que os enfermeiros relatam estas chamadas telefónicas com uma função informativa, ou seja, para que fique registado que a mãe ou o pai ligou a pedir informações da(o) filha(o). Não relatam o que foi conversado com estes pais, o que perguntaram, ou o que lhes foi respondido. Não transmitem, por norma, através dos registos qualquer tipo de preocupação com as necessidades da família, existindo no entanto algumas exceções.

Quanto à categoria B, relativa ao contacto da família com o enfermeiro em presença, esta ilustra bem as fases do plano por etapas, desde o momento da admissão, que é o primeiro contacto que o enfermeiro tem com os pais e com o pré-adolescente/adolescente, assim como o momento em que estes se despedem; passando pelos primeiros tempos de internamento em que os pais apenas se encontram com o enfermeiro para vir trazer/buscar roupa do pré-adolescente/adolescente, não contactando com o filho; até ao momento em que o pré-adolescente/adolescente começa a poder

receber a visita de familiares – habitualmente a família nuclear. Assim, apesar de continuar a persistir muito o registo descritivo/informativo referindo que o pré-adolescente/adolescente recebeu a visita do familiar x, já pode ser encontrada a descrição de outro tipo de interações do enfermeiro com a família, nomeadamente, aquando da visita no interior da unidade, as quais contemplam a função de colheita de dados, ensino, mediação das interações mãe/pai-filho/a, suporte emocional ao pré-adolescente/adolescente e à mãe/pai.

Pode ainda ser destacado o contacto do enfermeiro com a família aquando do almoço terapêutico, nos momentos em que saem e regressam da licença de ensaio (saída da unidade e hospital com termo de responsabilidade, acompanhado por familiar responsável ou representante legal) e no momento da alta.

Passando à categoria C, que diz respeito ao contacto do pré-adolescente / adolescente com a família via telefónica, esta volta novamente ao registo descritivo, havendo no entanto alguma referência às reações do pré-adolescente/adolescente durante a chamada. Existe pouco registo do trabalho realizado após os referidos telefonemas, os quais são de extrema importância para estes utentes, uma vez que é, em grande parte do tempo de internamento o único contacto que têm com a sua família.

Reportando agora à categoria D, que se refere ao contacto do pré-adolescente / adolescente com a família em presença ou seja durante a visita, está bastante patente o registo informativo/descritivo, havendo pouca referência a intervenções do enfermeiro quer durante a visita, quer após a mesma.

Ocorre ainda nesta categoria a referência a mais um dos patamares do plano por etapas – a saída ao exterior da unidade (dentro do recinto hospitalar) com a família.

Por fim, a categoria E, que respeita ao contacto do pré-adolescente / adolescente / família com o médico assistente, importa referir que os únicos momentos em que este contacto é descrito prendem-se com as circunstâncias da reunião familiar e do almoço terapêutico.

6.1.4.3. Perceções dos Enfermeiros

I – Questionário

No sentido de finalizar o diagnóstico de situação e conhecer melhor as opiniões individuais dos enfermeiros no que respeita à evidência da ajuda que estes prestam aos pais/família dos pré-adolescentes/adolescentes com AN, foram elaborados questionários,

os quais foram enviados por correio eletrónico aos elementos da equipa de enfermagem que disponibilizaram os respetivos endereços eletrónicos para o efeito. Estes foram devolvidos pela mesma via. Assim, a sua aplicação foi efetuada a nove enfermeiros, num total de 10 da população acessível (excluímos o enfermeiro chefe, por não se encontrar na prestação de cuidados diretos no seu dia-a-dia e um outro enfermeiro que nunca forneceu o seu endereço eletrónico pelo que não foi possível participar no estudo), obtendo-se um total de 5 questionários respondidos. O questionário intitulava-se *O enfermeiro e os pais / família do pré-adolescente / adolescente com perturbação do comportamento alimentar no contexto da Unidade [...] e pode ser consultado no Apêndice IV. Os dados obtidos encontram-se expostos no Apêndice V.*

Apresentam-se as principais conclusões:

No que respeita ao Acolhimento (questão 3), os enfermeiros respondem que se apresentam, a si e à equipa, aos pais/utente, procedem a uma colheita de dados e à apresentação do serviço, demonstram disponibilidade, mas também tentam identificar expectativas e medos, procurando desmistificar preconceitos relativos ao internamento. Referem-se a esta circunstância como um momento de separação, onde deve ser promovida a despedida e iniciada a criação de uma aliança terapêutica.

Relativamente ao Papel do Enfermeiro (questões 4, 5, 6 e 7), os inquiridos referem, quanto à sua intencionalidade aquando da comunicação com os pais (Q.4), a intenção de estabelecer uma aliança com estes, de forma a encetar um projeto terapêutico; a demonstração de tranquilidade, transmitindo confiança na equipa; a disponibilidade para escutar e responder a dúvidas e receios; a função de suporte e de ajuda na evolução dos próprios pais.

Os enfermeiros referem falar com estes pais, quando estes vêm à unidade (Q.5), acerca das suas dificuldades, dúvidas, estado de saúde e evolução do pré-adolescente/adolescente, importância de acompanhamento terapêutico destes em ambulatório (em casos em que se encontrem muito desorganizados), e acerca das temáticas da separação e do crescimento.

Quando questionados acerca da importância do contacto telefónico dos pais com a unidade enquanto momento privilegiado de ajuda (Q.6), todos respondem afirmativamente. Referem-se a este recurso como um meio privilegiado para informar os pais da evolução dos filhos e ao mesmo tempo apreender como estão os pais a viver a situação, quais as suas necessidades, aconselhando-os e tentando integrá-los no projeto terapêutico.

Incitados à recordação de momentos de interação com os pais de alguma das jovens com anorexia nervosa internadas à data do questionário no serviço (Q.7), os enfermeiros descrevem momentos de ajuda e apoio a estes pais, por norma muito angustiados e preocupados, recordando a evolução dos filhos e o propósito do internamento.

Por fim, focando agora as questões relativas ao Plano Terapêutico (8 e 9), quando questionados acerca da adequação deste (Q.8) a esta população, os enfermeiros referem, de uma maneira geral, tratar-se de um plano rígido, excessivamente comportamental, que deveria ser repensado/reformulado, mas que por outro lado responsabiliza as jovens pelo seu projeto, promove a rutura do padrão familiar existente, para que possa ser repensado e reformulado de forma construtiva e positiva para todos os atores envolvidos.

Em relação ao facto de não ser permitido aos jovens internados (à exceção da visita, quando já é permitida) estarem acompanhados pelos pais durante o internamento (Q.9), os inquiridos encontram-se um pouco divididos, referindo alguns que a separação é pertinente e benéfica, sugerindo outros que a presença dos pais talvez fosse importante para poder trabalhar com estes os campos que se encontram alterados/prejudicados na relação pais/filhos.

II – Focus Group

Por fim, e dada a pertinência da temática abordada por uma colega a realizar estágio no mesmo local e no mesmo contexto de mestrado, a qual, com vista à obtenção de diagnóstico de situação, procedeu à realização de um Focus Group com os enfermeiros do serviço, foi realizado um pedido de autorização e realizada uma consulta dos dados obtidos pela mesma. Dada a utilidade e riqueza dos achados, não pudemos desperdiçar tal fonte, pelo que alguns dados obtidos foram incluídos no trabalho. Serão de seguida abordados os pontos fortes identificados como mais significativos e que veem reforçar o nosso diagnóstico de situação.

Assim, é referido que a equipa não intervém de forma eficaz na família e na escola, não sendo as intervenções eficazes a longo prazo, uma vez que o pouco tempo que existe para intervir é no horário das visitas – com muita gente e poucos enfermeiros – não permitindo uma intervenção eficiente. Refere-se que é necessário começar a trabalhar com a família e com a escola.

Menciona-se que há menos “tolerância ao limite” com as jovens com anorexia nervosa, existindo uma grande “contra-atitude” de muitas pessoas na equipa para com

estas. Refere-se que são jovens passivo-agressivas, causando confronto com os enfermeiros pela sua passividade. Questiona-se sobre o que fazer com elas e como chegar às suas famílias. De que modo se pode intervir nas famílias para mudar comportamentos? E como ser bem aceite? Constata-se que é mais fácil chegar às crianças do que às famílias.

É referido que uma atitude culpabilizadora e responsabilizadora para com os pais não é benéfica e que o fator tempo faz toda a diferença para trabalhar com as famílias.

A unidade é o único serviço de internamento de crianças onde os pais não estão presentes. Se por um lado isso se compreende, porque muitas vezes, há realmente uma perturbação a nível familiar e é necessário criar um afastamento, por outro, se se quiser ajudar os pais a gerir melhor os comportamentos das crianças, é necessário que estejam mais tempo presentes. No entanto, os pais, neste momento, apenas se deslocam à unidade para realizar visitas aos seus filhos. De acordo com um dos enfermeiros, é perfeitamente possível planear a vinda de uma mãe ou de um pai à unidade, por umas horas, para que possa estar com o enfermeiro e com o filho naquele espaço e contexto a fazer aprendizagens. Quando se fala em trabalhar com a família, isso tem implicações em termos da dinâmica da equipa de enfermagem na unidade, certamente que não é na hora da visita que se vai conseguir trabalhar com as famílias, pois estas vêm visitar as crianças. Assim, esta atenção voltada para as famílias implica um trabalho real e concreto, que neste momento não se efetua, não existe, nunca foi identificado, pensado, estruturado e necessita ser considerado. Tem de ser pensado e realizado com intencionalidade, de forma estruturada e sistémica, com vista a ficar profissionalizado, institucionalizado.

Discute-se se no paradigma do serviço – psicanalítico/dinâmico – faz sentido aos enfermeiros habituados a trabalhar o intrapsíquico, convocar o olhar sobre a família como beneficiário de cuidados, em duas dimensões, seja como beneficiário de cuidados ela própria, seja como recurso terapêutico para a criança, ou seja, a família que é cuidada, mas ao mesmo tempo ensinada a tomar conta da criança. Convocar a família com uma intencionalidade terapêutica, que vai para além do horário das visitas, e trabalhar com ela. Refere-se que não se desvaloriza a família nem a criança, mas privilegia-se a questão da “agudização”, há um centrar na situação de crise. Discute-se seguidamente se a família também não se encontra em crise, retorquindo-se que também estará obviamente.

Parecem existir algumas ambivalências em relação à família, nomeadamente no que concerne ao Guia de Acolhimento, em que pode ler-se que não existe horário para as

visitas, sendo que na prática é dito às famílias que o horário das visitas é de 2 horas, das 17 às 19h.

É realçado que o mais difícil de mudar são os comportamentos humanos, e em analogia, numa equipa o mais difícil de mudar são as rotinas. Ser enfermeiro de referência implica poder tomar a decisão de mudar. Existe uma grande disparidade entre o que está no papel e o que se faz na prática, nomeadamente em relação às visitas. As visitas não têm um horário definido, podem vir a qualquer hora, desde que previamente definido com a equipa quem vem e em que horário, portanto, não há nada pré-definido, não há nenhuma rotina criada para as visitas, acabou-se com essa rotina, que já existiu com a chefia anterior. No entanto, este funcionamento continua a ser exatamente igual, cabe a cada enfermeiro assumir o seu papel, ir contra a rotina instalada, deixar que comentem a sua atitude, pois é permitido fazê-lo, está regulamentado. Esta facilidade ou dificuldade de quebrar as rotinas tem uma relação direta com o empoderamento de cada um e com o papel que assume no seio da equipa.

6.1.5. Síntese Diagnóstica

Os resultados procedem de factos observados no decorrer da colheita de dados, factos estes que são examinados e apresentados de modo a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação apresentado (Fortin, 1999).

Após análise e interpretação dos resultados obtidos, proceder-se-á à realização de uma síntese diagnóstica, que culminará com a revelação do **Diagnóstico de Situação**.

Assim, das cinco fontes de dados utilizadas, extraíram-se as seguintes conclusões:

Observação Participante

Nesta fase surgiram as inquietações relacionadas com as pré-adolescentes e adolescentes com AN, relativamente à sua privação do contacto com a família. Não era permitida a presença da família no serviço, à exceção de duas situações: a hora da visita, que era mediada, sendo a sua permissão e duração adaptada à evolução favorável da utente no seu Plano por Etapas, e as reuniões médicas semanais conjuntas. Constatou-se assim que estas meninas eram privadas, de acordo com um plano terapêutico, previamente acordado entre estas, família e equipa de saúde, do contacto físico e telefónico com a sua família (ver Plano por Etapas). Isto é, de acordo com o seu projeto terapêutico, estes

indivíduos, durante as etapas iniciais do mesmo, não recebiam a visita dos pais, nem realizavam ou recebiam telefonemas, até atingirem o patamar em que poderiam obter estes “privilégios”. Os pais não contactavam com as filhas durante semanas/meses, há exceção das referidas reuniões familiares semanais, com o pedopsiquiatra, onde a família se encontrava, de forma mediada, com a pré-adolescente/adolescente e com o clínico.

FMEA

As principais conclusões da FMEA foram:

- a visita dos irmãos é por vezes impedida e desvalorizada, podendo dar origem a atitudes de descontentamento, aumento de ansiedade e sentimentos de insegurança por parte da família e irmão(s) e consequente desmotivação da visita do(s) mesmo(s) ao irmão doente, assim como aumento da ansiedade da criança/jovem internada;

- as chamadas telefónicas dos pais/familiares, quando o incidente diz respeito à proibição de falar com a criança/jovem internada, parece ser um motivo de preocupação causador de descontentamento e ansiedade na família, que também é sentido pela criança/jovem internada; - as visitas subsequentes da família à criança/jovem, são por vezes desvalorizadas, podendo originar atitudes de descontentamento, manutenção dos níveis de ansiedade e insegurança por parte da família, com consequente desmotivação da visita familiar à utente internada.

Emerge paralelamente às 9 etapas da FMEA, uma outra dimensão relacionada com as crianças/jovens internadas com AN, que nos despertou especial interesse. Estes dados dizem respeito às restrições impostas a estas utentes pelo seu plano terapêutico por etapas, e com a possível “quebra na relação” com os seus familiares que este plano pode originar. Estas passam muito tempo até conseguirem alcançar os patamares do “telefonema” e da “visita”, o que significa que podem ficar sem contacto com as suas famílias durante longos períodos. Deste modo pode acontecer uma quebra na relação destes utentes com seus pais/família, havendo a necessidade de uma adaptação a uma “nova relação”, que deverá ser bilateral.

Foi então a partir destes achados da FMEA e da observação e reflexão efetuadas que surge a primeira parte do diagnóstico da situação. Ou seja, surgem os sujeitos que irão ser o alvo da atenção dos enfermeiros para a problemática em estudo – os pais/família das

pré-adolescentes/adolescentes com perturbação do comportamento alimentar – anorexia nervosa.

Registos de Enfermagem

Emergiram da análise dos registos de enfermagem 5 categorias, apresentando-se as principais conclusões:

Relativamente à categoria A – Contacto da família com o enfermeiro via telefónica, constata-se que os enfermeiros relatam estas chamadas telefónicas com uma função essencialmente informativa, ou seja, com o objetivo de documentar em registos que a mãe ou o pai ligou a pedir informações da filha. Não relatam o que conversaram com estes pais, questões colocadas, ou respostas obtidas. Não transmitem, através dos registos, qualquer tipo de preocupação com as necessidades da família, existindo no entanto algumas exceções.

Quanto à categoria B – Contacto da família com o enfermeiro em presença, esta ilustra as fases do plano por etapas, desde o momento da admissão, até ao momento da alta. Assim, apesar de continuar a persistir o registo descritivo/informativo, já pode ser encontrada a descrição de outro tipo de interações e intervenções do enfermeiro com a família, nomeadamente, aquando da visita no interior da unidade, as quais contemplam a função de colheita de dados, ensino, mediação das interações mãe/pai-filha, suporte emocional à pré-adolescente/adolescente e à mãe/pai. Pode ainda ser destacado o contacto do enfermeiro com a família aquando do almoço terapêutico; nos momentos em que saem e regressam da licença de ensaio e no momento da alta.

Passando à categoria C – Contacto do pré-adolescente/adolescente com a família via telefónica, prevalece novamente o registo descritivo, havendo no entanto alguma referência às reações da pré-adolescente/adolescente durante a chamada. Existe escasso registo do trabalho realizado pelos enfermeiros após estes telefonemas, os quais são de extrema importância para estas utentes, visto que constituem, num vasto período de tempo do seu internamento, o único contacto que têm com a família.

Reportando agora à categoria D – Contacto do pré-adolescente/adolescente com a família em presença, ou seja, durante a visita, está bastante patente o registo informativo/descritivo, havendo pouca referência a intervenções do enfermeiro quer durante a visita, quer após a mesma. Ocorre também nesta categoria a referência a mais um

dos patamares do plano por etapas – a saída ao exterior da unidade (dentro do recinto hospitalar) com a família.

Por fim, a categoria E – Contacto do pré-adolescente/adolescente/família com o médico assistente, importa referir que os únicos momentos em que este contacto é descrito prendem-se com as circunstâncias da reunião familiar e do almoço terapêutico.

Questionário

Apresentam-se as principais conclusões:

Os enfermeiros referem que aquando do momento do Acolhimento, realizam uma apresentação de si próprios, da equipa e do serviço aos pais/utente, procedem à colheita de dados, demonstrando uma atitude de disponibilidade, tentando identificar expectativas e medos e procurando desmistificar preconceitos relativos ao internamento. Referem-se a esta circunstância como um momento de separação, onde deve ser promovida a despedida e iniciada a criação de uma aliança terapêutica.

Relativamente ao Papel do Enfermeiro, os inquiridos relatam, quanto à sua intencionalidade aquando da comunicação com os pais, a intenção de estabelecer uma aliança, de forma a encetar um projeto terapêutico; a demonstração de tranquilidade, transmitindo confiança na equipa; a disponibilidade para escutar e responder a dúvidas e receios; a função de suporte e de ajuda na evolução dos próprios pais.

Os enfermeiros referem falar com estes pais, aquando da sua presença na unidade, acerca das suas dificuldades, dúvidas, estado de saúde e evolução da filha, importância de acompanhamento terapêutico desta em ambulatório e ainda acerca das temáticas da separação e do crescimento.

Quando questionados acerca da importância do contacto telefónico dos pais com a unidade enquanto momento privilegiado de ajuda, todos respondem afirmativamente. Referem-se a este recurso como um meio privilegiado para informar os pais acerca da evolução das filhas e também para apreender como estão estes a viver a situação, e quais as suas necessidades, fornecendo aconselhamento e tentando integrá-los no projeto terapêutico.

Incitados à recordação de momentos de interação com os pais de jovens com AN internadas à data do questionário, os enfermeiros descrevem momentos de ajuda e apoio a estes pais, por norma muito angustiados e preocupados, recordando a evolução das filhas e o propósito do internamento.

Por fim, no que respeita ao Plano Terapêutico, os enfermeiros referem, de modo genérico, tratar-se de um plano rígido, excessivamente comportamental, que deveria ser repensado/reformulado, mas que por outro lado responsabiliza as jovens pelo seu projeto, promovendo a rutura do padrão familiar existente, para que possa ser repensado e reformulado, em prol de todos os atores envolvidos.

Em relação ao facto de não ser permitido às jovens internadas usufruírem da companhia dos pais durante o internamento, os inquiridos encontram-se divididos, referindo alguns que a separação é pertinente e benéfica, sugerindo outros que a presença dos pais poderia ser importante para que houvesse a possibilidade de trabalhar com estes os campos que se encontram alterados na relação pais/filhos. Os enfermeiros inquiridos referem demonstrar atenção pela família/pais das pré-adolescentes/adolescentes com AN, descrevendo momentos de ajuda e apoio aos mesmos, aquando do acolhimento na unidade; da sua presença quer em momento de vista ou de passagem (para trazer roupa por ex.), assim como dos contactos telefónicos destes para a unidade.

Os dados obtidos dos cinco questionários acabam por apresentar dados algo contraditórios relativamente aos restantes instrumentos de colheita de dados. No entanto, há que ter em conta o carácter não anónimo deste instrumento, uma vez que os questionários foram respondidos via correio eletrónico, assim como a confrontação direta dos enfermeiros respondentes com a sua realidade laboral, a qual acabam por proteger e resguardar, de certa forma, através das respostas dadas. Todavia, também revelam alguma discordância quanto a algumas normas e rotinas do serviço que se encontram instaladas e com as quais não estão completamente de acordo, como é o caso do plano terapêutico por etapas aplicado a estas utentes, que alguns inquiridos referem ser demasiado rígido, sugerindo a sua revisão. Importa ainda reforçar que a amostra corresponde a 50% da população acessível dos enfermeiros do serviço.

Focus Group

As principais conclusões foram:

- A equipa de enfermagem não intervém de forma eficaz na família e na escola, e o pouco tempo que existe para intervir é no horário das visitas, não permitindo uma intervenção eficiente. Refere-se que é necessário começar a trabalhar com a família e com a escola.

- Existe uma grande contra atitude da equipa de enfermagem para com as jovens com AN, as quais dada a sua passividade desencadeiam confrontos com os enfermeiros. Surgem várias questões: - O que fazer com estas jovens e como chegar às suas famílias? De que modo se pode intervir nas famílias para mudar comportamentos? Como ser bem aceite? Constata-se que é mais fácil chegar às crianças do que às famílias.

- A atitude de culpabilizar e responsabilizar os pais não é benéfica e o fator tempo faz toda a diferença para trabalhar com as famílias.

- A UIPIA é dos únicos serviços de internamento de crianças onde os pais não estão presentes. Apesar de essa ser uma necessidade real, nos casos em que é detetada uma perturbação familiar e é necessário criar um afastamento, se se pretende ajudar os pais a gerir melhor os comportamentos das crianças, é necessário que estes estejam mais tempo presentes. Os pais apenas se deslocam à UIPIA para realizar visitas aos seus filhos. Assim, esta atenção voltada para as famílias implica um trabalho real e concreto, que não se efetua, nunca foi pensado e necessita ser considerado, refletido e levado a cabo com intencionalidade, de forma estruturada, com vista a ficar profissionalizado, institucionalizado.

- Discute-se se no paradigma do serviço (psicanalítico/dinâmico) faz sentido aos enfermeiros, habituados a trabalhar o intrapsíquico, convocar o olhar sobre a família em duas dimensões: como beneficiário de cuidados ela própria, ou como recurso terapêutico para a criança, ou seja, a família que é cuidada, mas ao mesmo tempo ensinada a tomar conta da criança. Será ou não importante convocar a família com uma intencionalidade terapêutica que vai para além do horário das visitas? É referido que não se desvaloriza a família nem a criança, mas é privilegiada a questão da “agudização”, há um centrar na situação de crise, crise essa que também afeta a família.

- É realçado que o mais difícil de mudar são os comportamentos humanos, e em analogia, numa equipa, são as rotinas. Ser enfermeiro de referência implica poder tomar a decisão de mudar, nomeadamente em relação às visitas. As visitas não têm um horário definido, podem vir a qualquer hora, desde que previamente acordados os pormenores com a equipa. Cabe a cada enfermeiro assumir o seu papel e ir contra a rotina instalada. Esta dificuldade de quebrar rotinas tem uma relação direta com o empoderamento de cada um e com o papel assumido no seio da equipa.

O *Focus Group* aqui resumido veio enfatizar algumas questões revelantes e assim contribuir para a construção do nosso diagnóstico, nomeadamente as questões relacionadas

com a pouca atenção dada à família; o horário das visitas (que na realidade não existe); a dificuldade em dar atenção à família apenas no período das visitas (quando no caso das meninas anoréticas esta existe); assim como o modo como os seus enfermeiros encaram as famílias – beneficiário de cuidados ou recurso terapêutico.

Deste modo, e após a síntese diagnóstica apresentada, respondendo ao objetivo delineado – “Conhecer como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico”, surge o diagnóstico da situação.

A cultura do serviço é relacionar-se com a família enquanto recurso terapêutico e não como cliente / beneficiário dos cuidados.

Após pesquisa nas referidas fontes de dados, chegou-se à resposta:

Os enfermeiros consideram os pais fundamentalmente como um recurso terapêutico.

6.2. Discussão dos Resultados do Diagnóstico

Após a síntese diagnóstica anteriormente apresentada e chegados ao **Diagnóstico de Situação**, torna-se útil a realização de um ponto de situação, a fim de nortear o trabalho, objetivando o seu desfecho.

O presente subcapítulo pretende discutir os resultados do diagnóstico à luz dos autores e da teórica de enfermagem eleita como referencial teórico de enfermagem para este trabalho – Afaf Meleis. Importa obter uma compreensão sistematizada sobre o que diz a literatura acerca dos dados que obtivemos, relacionando esse entendimento com a nossa questão de partida, e integrando a teoria de enfermagem.

Assim, partindo da pergunta “Como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico”.

E chegando ao diagnóstico de que os enfermeiros consideram os pais fundamentalmente como um recurso terapêutico.

A família é pouco investida, mas na cultura do serviço, os enfermeiros têm a expectativa que esta seja um recurso terapêutico.

Revisitando alguns autores, chegamos a alguns pressupostos que apoiam os nossos achados e consequentemente o nosso diagnóstico de situação, porém encontramos opiniões divergentes que contrariam o referido diagnóstico e nos fazem pensar que o caminho a seguir terá de ser revisto e repensado.

O NICE (National Institute for Clinical Excellence), no Reino Unido, emanou, com base em recomendações assentes em rigorosa evidência científica e consenso de especialistas, *guidelines* para o tratamento das PCA, incluindo recomendações específicas para crianças e adolescentes, (NICE, 2004, cit. por Lask & Bryant-Waugh, 2006). Destacam-se algumas das recomendações chave deste instituto para a gestão da AN em crianças e adolescentes, uma vez que se enquadram e dão sentido ao presente contexto. Estas prendem-se com:

- O tratamento deve envolver, por norma, os membros da família (incluindo os irmãos), devendo os efeitos da AN noutros membros da família ser reconhecidos.
- Devem ser oferecidas aos pacientes, intervenções familiares que abordam diretamente o transtorno alimentar.

- Os pais/cuidadores devem ser incluídos na educação alimentar ou no planeamento das refeições.

- Devem também ser oferecidos aos pacientes encontros individuais separados daqueles com os seus familiares ou cuidadores, devendo o seu direito à confidencialidade ser respeitado.

- O tratamento em contexto de internamento deve ser fornecido com uma distância razoável do meio em que o paciente vive, com vista a permitir o envolvimento da família, a manutenção das suas redes sociais e a facilitação da continuidade dos cuidados pós-alta.

Como pontos-chave relacionados com o nosso diagnóstico temos: - a importância do envolvimento no tratamento dos pais, irmãos e de toda a família que se considere significativa para o paciente, tendo em conta as consequências/efeitos que a doença possa estar a causar nesses mesmos indivíduos, ou seja, dá-se importância aos cuidadores enquanto pessoas com necessidades; - a importância do envolvimento dos pais/cuidadores na educação alimentar ou mesmo num momento de ordem mais prática e de grande utilidade para a alta e/ou recuperação em ambulatório que é o planeamento das refeições. Mais uma vez os familiares são chamados a aprender – é reconhecida a sua necessidade de conhecimento sobre o assunto – para que possam ser um recurso útil para a recuperação do paciente no domicílio. - É ainda tida em conta a autonomia do paciente e o seu direito à confidencialidade, através da promoção de encontros separados dos familiares, os quais continuam a usufruir de apoio e formação nos encontros sem a presença do familiar doente. - Por fim, destaca-se a importância da localização dos locais onde os pacientes são internados, com vista a permitir o fácil acesso da família, assim como o seu envolvimento no processo terapêutico. Um paciente que seja internado relativamente perto do local onde vive possibilita um acompanhamento pelos seus familiares muito mais frequente e assíduo, do que uma pessoa que seja das ilhas e é internada no continente. Importa referir que na UIPIA esta situação da distância era frequente uma vez que a sua área de influência estendia-se, entre outros, até aos arquipélagos da Madeira e Açores.

Por outro lado, e remetendo-nos agora para a constatação que é feita nos nossos achados da separação abrupta a que a jovem anorética é submetida relativamente aos pais/cuidadores, durante o período do internamento, importa visitar a literatura.

Assim, e lembrando que do ponto de vista dinâmico, a causa da AN é considerada como proveniente das dificuldades de resolução do processo de separação da

mãe, numa fase precoce do desenvolvimento infantil (Mintz, cit. por Gabbard, 2006), e tendo em conta a orientação dinâmica da equipa de enfermagem, parece que encontramos aqui uma espécie de justificação para este afastamento de natureza tanto espacial como temporal, que à primeira vista tanto nos choca.

Estas mães são definidas como sobreprotetoras em relação à criança, considerando-a como uma extensão dos seus próprios corpos e não como um ser autónomo (Selvini, 1978, cit. por Nodin, 1999), excessivamente intrusivas em relação à criança, principalmente durante as fases iniciais do seu desenvolvimento, dificultando-lhes a fundação de uma identidade sólida, estável e distinta da figura materna (Nodin & Leal, 2005). Por sua vez, estas pacientes são incapazes de se separar psicologicamente das suas mães, originando uma lacuna no alcance de qualquer sentido estável do seu próprio corpo (Selvini, 1978, cit. por Gabbard, 2006). Assim, estes indivíduos são incapazes de identificar as suas próprias sensações e ações, uma vez que foram tratados, não de acordo com as suas necessidades, mas de acordo com as vontades e decisões da mãe.

Já uma outra abordagem, a do terapeuta familiar Minuchin (1978, cit. por Gabbard, 2006), refere-se à existência de padrões familiares confusos, nas famílias destes pacientes, com marcada ausência de limites entre gerações e pessoas, não existindo um sentido de identidade separado da matriz familiar. Esta constatação atesta a necessidade de trabalho com estes pais e famílias, no sentido da definição de limites e da determinação de um sentimento de identidade e individualidade de cada membro.

Podemos considerar que a literatura aponta tanto pontos contra como a favor do afastamento dos filhos anoréticos do seio familiar, mais concretamente dos seus progenitores. Importa quebrar com padrões de relacionamento prejudiciais pré-estabelecidos, mas por outro lado importa também ter acesso à família para que esta possa ser trabalhada e modificada, uma vez que a intenção última deste trabalho de ajuda será sempre integrar a criança/adolescente recuperada, no seio do seu núcleo familiar.

Após esta reflexão, afigura-se em nós a capacidade de compreensão da existência na UIPIA da necessidade de afastar momentaneamente estes pré-adolescentes /adolescentes do núcleo familiar. No entanto, continua a fazer sentido a necessidade de trabalhar mais de perto com estas famílias, em presença, ao longo do internamento, resignificando-lhe esta necessidade de afastamento.

O cuidado de enfermagem a pessoas com AN é sinónimo de desafios e frustrações constantes. A equipa de enfermagem são os profissionais que mantêm maior contacto com

pacientes e familiares, permitindo-lhe uma intervenção positiva nas orientações que venham a facilitar o convívio familiar e social, assim como ajudá-los a desenvolver estruturas capazes de os habilitar na resolução dos seus problemas. O cuidar destas pessoas requerer dos enfermeiros um grande esforço e competência, pois tanto necessitam de vigilância constante, orientação e supervisão, como precisam de estabelecer uma relação de confiança e de apoio emocional. A uniformização das condutas da equipa é de importância vital, no sentido de evitar quebras na mesma, que possam ser aproveitadas pelos pacientes. A aliança com a família é outro aspeto de grande importância, visto que esta é parte integrante no processo de recuperação do familiar doente. Esta deve ser orientada, apoiada e estimulada a participar na continuidade do tratamento, no acompanhamento às consultas, na observação de alterações de comportamento, no apoio nas recaídas e na aceitação da doença (Almeida e Igue, 2004).

Mais uma vez se reforça a importância da família e de com ela construir uma aliança terapêutica. Nos achados resultantes dos nossos dados também conseguimos apurar a contra-atitude que estas jovens geram nos enfermeiros, dada a sua aparente passividade face ao que lhe está a acontecer e a passar ao seu redor. Os enfermeiros reconhecem o quão difícil é lidar com estas adolescentes e questionam-se sobre “o que fazer com elas” e “como chegar às suas famílias”. Refletem sobre o modo como se pode intervir nestas famílias para mudar comportamentos e como ser bem aceite. Constatam por fim que é mais fácil chegar às crianças do que às famílias. O que mais uma vez parece ir de encontro à orientação dinâmica da equipa e também à ausência dos pais no serviço (ainda mais no caso das meninas anoréticas).

A falta de limites existente no seio destas famílias assim como a sua influência mais ou menos direta na origem da perturbação e na construção da imagem corporal da paciente, são fatores referidos pelos enfermeiros como causadores de sentimentos desagradáveis, num estudo levado a cabo por Grando e Rolim (2006), sobre a ótica dos profissionais de enfermagem nos transtornos da alimentação. O estudo evidencia a grande carga, desgaste emocional e sofrimento psíquico do profissional de enfermagem que cuida deste tipo de pacientes, uma vez que para preservar as suas vidas (evitar tentativas de suicídio por ex.) e permitir que exerçam algum controlo sobre si e sobre o seu processo terapêutico, é levado a assumir uma postura de limite/controlo, considerada excessiva pelo próprio, utilizando para se proteger do stresse mecanismos de defesa como a fragmentação

do relacionamento enfermeiro-paciente, despersonalização, distanciamento, negação, entre outros.

No entanto, a equipa de enfermagem da UIPIA assume a importância do estabelecimento de uma aliança terapêutica com a família, que se inicia logo no momento do acolhimento no serviço, continua em idas posteriores à unidade, assim como nas chamadas telefónicas que estes pais estabelecem com a unidade, os quais acabam por ser momentos privilegiados, uma vez que num grande período do internamento das filhas, os pais se encontram limitados a este tipo de contacto. Nestes momentos os enfermeiros referem que fornecem informações relativas à evolução das filhas, mas também tentam apreender quais as vivências dos pais face à presente situação, quais as suas necessidades, aconselhando-os e tentando integrá-los no projeto terapêutico.

Os achados levam-nos a crer que estas são crianças/adolescentes difíceis de cuidar para este grupo de enfermeiros. Apesar de algo contraditórios, os dados revelam a dificuldade em trabalhar com estas famílias, quer seja pela sua inacessibilidade física (pais ausentes do serviço), quer pela ausência de um planeamento estruturado de intervenção sistematizada com as mesmas (por parte da equipa de enfermagem).

No entanto, nos últimos anos tem sido possível observar um número crescente de pesquisas relacionadas com as PCA, cuja inclusão da família no tratamento é defendida e assume um papel de destaque. É fundamental associar família e paciente para que, juntamente com os técnicos de saúde encontrem modos e alternativas diversificadas com vista à reconstrução e ressignificação das suas vivências e à libertação de padrões comportamentais inadequados (Cobelo, Saikali & Schomer, 2004).

Por último, remetendo-nos à teoria de enfermagem que norteia o presente projeto – a Teoria das Transições de Meleis – esta pode ser um importante contributo para enquadrar a discussão dos resultados do diagnóstico assim como ajudar à justificação do planeamento do projeto, quer em termos dos tipos de transições, quer ao nível da suplementação e da insuficiência de papel.

Assim, relativamente à transição desenvolvimental, pode ser reportada a transição da infância para a adolescência em que muitas das meninas anoréticas se reveem. Estas, de acordo com a revisão da literatura elaborada, não aceitam os seus corpos em mutação, recusam-se a crescer, apresentando insuficiência de papel relativamente a esta transição. Quanto à transição de saúde – doença, esta faz sentido tendo em conta que estas meninas passam de um estado de saúde ou, pelo menos de uma fase de equilíbrio e bem-estar no seu

ciclo de saúde – doença, visto que muitas delas têm recaídas e conseqüentemente reinternamentos ao longo dos anos, para um estado de doença grave com internamento, muitas vezes copiosamente negociado, por se oporem ao mesmo. Por fim, a transição situacional, a que mais sentido parece fazer para a problemática em estudo, visto que se identifica com a situação de vida que os pais das pré-adolescentes/adolescentes com AN, figuras alvo dos cuidados de enfermagem em destaque no estudo, se encontram a experimentar. Os pais vêm-se a transitar do seu papel de pais – figuras parentais, para o papel de cuidadores da filha doente (o que acontece ainda antes do internamento, pelo que essa transição já vem como que encetada de um contexto de ambulatório); estes vêm-se, em contexto de internamento da filha, a serem solicitados enquanto recurso terapêutico, ou seja, os enfermeiros (e os médicos – não isentos de culpa) têm a expectativa que os pais sejam um recurso terapêutico para os seus filhos, essencialmente numa perspectiva de alta. Os pais, que se encontram eles próprios com necessidades – insuficiência de papel – visto que se defrontam com uma situação para muitos ainda desconhecida, que é o internamento de um(a) filho(a) com o diagnóstico de AN, veem-se confrontados com a exigência de se assumirem como um recurso na recuperação e restabelecimento da saúde (física e psíquica) do(a) seu(sua) filho(a), sem que para isso seja dada, em primeira instância, resposta às suas necessidades – suplementação de papel. A suplementação de papel que os enfermeiros realizam na UIPIA prende-se com a “retirada” dos filhos aos pais, tomando os primeiros conta desses filhos, que os pais deixaram de conseguir cuidar, muitas vezes repletos de culpabilidade, e que se encontram em perigo.

Daí surge a questão a que se pretende dar resposta, no subcapítulo referente ao planeamento, que se segue:

Como é que o enfermeiro pode ajudar estes pais na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico?

6.3. Planeamento

O Planeamento constitui a terceira fase do ciclo de vida do projeto, sendo o momento da elaboração de um plano detalhado envolvendo as várias vertentes da gestão: engenharia de *software*, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (Miguel, 2006, cit. por Ruivo *et al*, 2010). É realizado o levantamento dos recursos, assim como das limitações que poderão condicionar o trabalho. São definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma (Hungler *et al*, 2001, cit. por Ruivo *et al*, 2010). O planeamento é constituído por atividades, meios e estratégias. As atividades são o elemento de trabalho realizado no decurso do projeto, normalmente possuem uma duração prevista, um custo esperado e requisitos de recursos calculados. As estratégias referem-se ao uso dos meios definidos no planeamento, relacionadas com a capacidade de aplicar corretamente uma tarefa, tendo por objetivo a utilização de forma eficaz dos recursos. Os meios dizem respeito à determinação dos recursos necessários – humanos, equipamentos, materiais, financeiros – e respetiva quantidade, para a realização das atividades do projeto (Miguel, 2006; Rodrigues, 2003; Aquilano, *et al*, 2006, cit. por Ruivo *et al*, 2010).

Chegada a fase de planeamento, tendo como população-alvo os enfermeiros da equipa de enfermagem da UIPIA e partindo da questão:

Como é que o enfermeiro pode ajudar estes pais na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico?

Após revisão da literatura e tendo por base a Teoria das Transições de Meleis pode afirmar-se que os enfermeiros possuem a função de suplementação de papel, podendo, através dos cuidados e das intervenções de enfermagem, auxiliar os pais na sua transição de papel de indivíduos com necessidades afetas à situação de doença/crise dos filhos para o papel de recurso terapêutico para os filhos.

Assim, foi realizada pesquisa bibliográfica e eletrónica exaustiva, levada a cabo entre Maio e Julho de 2012, utilizando como fontes de busca as bases de dados: EBSCO, B-On, PubMed, MEDLINE, CINAHAL, LILACS, SciELO, Embase, Cochrane Collaboration.

Para delimitar a pesquisa foram utilizadas as palavras-chave: “anorexia”, “anorexia nervosa”, “eating disorders”, isoladas, ou combinadas com pelo menos uma das

palavras-chave: “family”, “caregiver”, “carer”, “family therapy”, “psychotherapy”, bem como os seus equivalentes nos idiomas português e espanhol. A busca foi limitada a artigos escritos em inglês, português e espanhol.

Como critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos/artigos a consultar temos: Inclusão – língua (português, inglês e espanhol), data (publicações com datas compreendidas entre 1995 e 2012), população (crianças, pré-adolescentes e adolescentes com o diagnóstico de anorexia nervosa e/ou respetivos cuidadores), setting (internamento, ambulatório, hospital de dia). Exclusão – todos os estudos que: não apresentaram o texto na íntegra (os quais não se conseguiu obter o texto integral gratuitamente); cujo objetivo central fossem outras perturbações psiquiátricas, que não as do comportamento alimentar; que não investigavam a perspetiva do indivíduo doente e/ou dos familiares.

De seguida serão apresentadas e discutidas as principais conclusões dos achados, sendo posteriormente realizada uma síntese, com vista a responder à questão decorrente do diagnóstico de situação: *Como é que o enfermeiro pode ajudar estes pais na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico?*

Dos achados relacionados com estudos clínicos aleatorizados e controlados (RCT) e seus derivados, destacam-se aqueles que se revelaram com maior força de evidência, assim como as principais conclusões alcançadas pelos autores/investigadores:

Um RCT levado a cabo por Godart *et al* (2012) compara dois programas de tratamento pós-alta para pacientes adolescentes, do sexo feminino, com AN severa (n = 60): o tratamento habitual (TAU - “Treatment as usual”) *versus* o TAU com terapia familiar (TAU + FT - “family therapy”), O recrutamento foi realizado durante o internamento, tendo sido acordada a realização de 18 meses de *follow-up*. O primeiro programa incluía sessões com o psiquiatra e o paciente assim como sessões com o paciente e os seus pais; o segundo era idêntico, no entanto incluía também sessões de terapia familiar focadas nas dinâmicas intra-familiares, ao invés do enfoque ser na sintomatologia da PCA. As principais conclusões apontam para o benefício da adição de sessões de terapia familiar, cujo foco assente nas dinâmicas intra-familiares, e não nos sintomas da PCA, a um programa multidimensional. Esta associação parece melhorar a eficácia do tratamento em adolescentes com AN severa. Mais do triplo das adolescentes alcançou um peso saudável e restabeleceu o ciclo menstrual no programa que incluía este tipo de terapia

familiar. No entanto, não foram encontradas diferenças nas avaliações subjetivas dos comportamentos e atitudes relacionados com a comida, ajustamento social ou recaídas. De salientar ainda que a associação da terapia familiar, contradizendo a hipótese inicial dos investigadores, não demonstrou efeito significativo na redução das recaídas, sendo que 46,7% da totalidade da amostra necessitaram de reinternamento no decurso dos 18 meses de *follow-up* (o que de acordo com os autores é compatível com outros estudos similares). A principal força do estudo, que o torna confiável e suficientemente forte, diz respeito à baixa taxa de abandono durante o *follow-up*.

James Lock, Daniel le Grange e col. (2010), ambos professores e investigadores de renome no campo do tratamento da AN em adolescentes através do tratamento baseado na família (“Family-Based Treatment” – FBT), levaram a cabo um RCT, que compara a eficácia do FBT com a terapia individual focada no adolescente (“Adolescent Focused Individual Therapy” – AFT), em adolescentes com AN em remissão completa (n = 121). A intervenção resumia-se ao fornecimento de um total de vinte e quatro horas de tratamento ambulatorio, durante doze meses de FBT ou AFT, com avaliação dos participantes no início e final do tratamento, aos 6 e aos 12 meses pós-tratamento (*follow-up*). Quanto aos resultados, não se observaram diferenças na remissão completa entre as duas terapias no final do tratamento, no entanto aos 6 e 12 meses de *follow-up* o FBT foi significativamente superior à AFT. O FBT foi significativamente superior na remissão parcial, no final do tratamento, mas não no *follow-up*. A percentagem do índice de massa corporal (IMC) no final do tratamento foi significativamente superior para o FBT, mas este resultado não foi observado no *follow-up*. Em suma, embora ambos os tratamentos conduzam a uma melhoria considerável e sejam igualmente eficazes na remissão completa no final do tratamento, o FBT foi mais eficaz na facilitação da remissão completa em ambos os tempos de *follow-up*.

Um ensaio clínico, levado a cabo por R. Geist *et al* (2000), compara os efeitos de aplicação de dois tipos de tratamento baseado na família: a terapia familiar e o grupo familiar psicoeducativo, com a duração de 4 meses, em adolescentes, do sexo feminino, recém-diagnosticadas com AN e admitidas em regime de internamento hospitalar (*Hospital for Sick Children*) e seus pais. As principais conclusões dizem respeito a:

O tamanho reduzido da amostra – 25 adolescentes gravemente doentes – pode não ser representativo de outras formas da doença (parcial ou menos severa), confinando as

generalizações dos resultados do estudo. Os autores apontam duas limitações principais: a primeira relativa à falta de um grupo controle, onde não fosse levada a cabo nenhuma intervenção familiar, ou seja, onde a presença dos pais fosse nula. No entanto, dada a reconhecida importância dos pais/família, quer pela literatura, quer pela experiência clínica dos investigadores, enquanto aliados no processo terapêutico, sabe-se que um grupo terapêutico que os excluísse não teria sido aprovado pela comissão de ética hospitalar. A segunda limitação reporta-se à dificuldade no recrutamento de indivíduos para integrarem a amostra, o que se deveu principalmente à falta de vontade dos pais, que os seus filhos tão doentes, integrassem um estudo randomizado relativamente novo.

Apesar destas limitações, os resultados demonstraram que o peso foi restaurado durante os 4 meses de tratamento com ambos os grupos terapêuticos. No entanto, o que provocou tal mudança permanece pouco claro. Nem pais nem pacientes parecem ter observado alterações psicológicas significativas que possam ser quantificadas. O grupo familiar psicoeducativo sendo a forma de tratamento que acarreta menores custos, parece ser um método igualmente eficaz para fornecer tratamento a pacientes adolescentes recentemente diagnosticadas com AN severa e a suas famílias, educando-as e envolvendo-as no problema.

Num estudo de revisão levado a cabo por Pamela Leel e Alissa Haedt (2008), onde estas apresentam uma síntese dos dados existentes sobre tratamentos psicossociais baseados em evidência para as PCA em amostras de adolescentes (terapia familiar, terapia cognitiva, terapia comportamental e terapia cognitivo-comportamental, maioritariamente em pacientes com AN), as autoras concluem que a terapia familiar representa a intervenção para o tratamento da AN melhor estabelecida em adolescentes. Falam concretamente do *Modelo Maudsley* da terapia familiar, considerando-o como a evidência atual mais indicada para este tipo de perturbações. Referem, no entanto, as já conhecidas limitações nos estudos das PCA em crianças e adolescentes (falta de grupos-controle, reduzido tamanho das amostras, exclusão do sexo masculino de muitos estudos, assim como a limitada diversidade étnica e racial nas amostras) e conseqüentemente a impossibilidade de generalizações dos resultados.

Robin, Siegel e Moye (1995) levaram a cabo um estudo que teve como objetivo avaliar o impacto nas relações familiares de uma de duas terapias: BFST – “Behavioral Family Systems Therapy” ou EOIT – “Ego-Oriented Individual Therapy”, utilizadas como

tratamento para adolescentes com AN (n = 22) desenvolvida no último ano, e a coabitarem com ambos ou com um dos pais. Estas foram aleatoriamente distribuídas para receber aproximadamente 16 meses de BFST ou EOIT, juntamente com acompanhamento médico e dietético. Cada adolescente e seus pais participaram numa pré-avaliação, numa média de 15,9 meses de terapia, numa pós-avaliação e posteriormente em 12 meses de avaliação de *follow-up*. Ambos os tratamentos produziram reduções significativas na comunicação negativa e no conflito parental com a adolescente; as melhorias no conflito pais-adolescente relacionado com a alimentação foram mantidas durante o ano de seguimento. Apesar de não ter havido um padrão diferencial consistente dos efeitos dos tratamentos, existiram, no entanto, duas diferenças a favor da BFST: (1) a BFST apresentou melhorias mais significativas no IMC das adolescentes, mas a análise da percentagem de pacientes que alcançaram os seus pesos alvo sugere que a diferença estatística no IMC não foi clinicamente significativa; (2) na BFST as mães alcançaram uma diminuição da comunicação negativa, aumentando a comunicação positiva relativamente ao assunto – alimentação, em contraste com as mães da EOIT, onde tal não ocorreu. Os autores surpreendem-se com a quase ausência de diferenças encontradas nos efeitos dos tratamentos, sublinhando que adolescentes que, durante 16 meses, nunca haviam tido uma sessão de terapia conjunta com os seus pais, fizeram e mantiveram ganhos comparáveis, na maioria das variáveis relativas à interação familiar, àquelas que sempre usufruíram de sessões de terapia conjunta com seus pais. Apesar de ser necessária pesquisa mais aprofundada relativamente ao processo de mudança nas interações familiares na BFST *versus* EOIT, parece claro, a partir dos dados obtidos no estudo, que a terapia familiar conjunta não é essencial para produzir mudança nas interações pais-adolescente com AN. Deste modo, o estudo demonstra que as terapias estruturadas para adolescentes com AN têm impacto nas relações familiares, mesmo quando a família, durante a terapia, nunca foi vista como uma unidade.

Num RCT de autoria de Ivan Eisler *et al* (2000) são comparados, dois tipos distintos de terapia familiar utilizada em contexto de ambulatório: a Terapia Familiar Conjunta (“Conjoint Family Therapy” – CFT) e a Terapia Familiar Separada (“Separated Family Therapy” – SFT). Os sujeitos do estudo, com duração de um ano, foram 40 adolescentes diagnosticadas com AN, provenientes de uma série consecutiva de encaminhamentos dos serviços de transtornos alimentares de um hospital psiquiátrico de

ensino pós-graduado em Londres (o *Maudsley*). Foram realizadas avaliações no momento de admissão no estudo, aos 3 e 6 meses e no final do tratamento (aos 12 meses).

De modo geral, em termos de resultados, ambas as formas de terapia obtiveram resultados equivalentes no final do tratamento. Cerca de dois terços das pacientes restauraram o peso normal, sem necessidade de admissão hospitalar e demonstraram melhorias notáveis no funcionamento psicológico individual. No entanto, para aquelas pacientes sujeitas a elevados níveis de criticismo materno, a SFT demonstrou ser superior à CFT. Quando foram exploradas medidas do foro individual, detetaram-se mais diferenças entre os tratamentos. Assim, a mudança sintomática foi mais acentuada na SFT, enquanto no grupo da CFT a mudança ocorreu essencialmente na função psicológica individual (humor, obsessões e ajuste psicosexual). Na CFT a família é vista em conjunto, as sessões familiares (preferencialmente com a presença dos irmãos), fornecem uma oportunidade para discutir o transtorno alimentar não só no imediato, abordando a forma como a família se organiza para contornar os problemas alimentares, mas também no contexto da família alargada, trazendo para a discussão as crenças da família e a sua história, incluindo por vezes questões tabu. Já na SFT, porque as sessões individuais fornecem à adolescente a oportunidade para falar com o terapeuta sobre os seus próprios assuntos, tanto esta como a família podem sentir que não precisam discutir estas questões em conjunto.

Os autores citam três estudos (Russel *et al*, 1987; Le Grange *et al*, 1992 e Robin *et al*, 1994) nos quais existe uma conclusão comum com o seu. Assim, nos quatro estudos evidencia-se que, os tratamentos que incentivam os pais a participar ativamente na alimentação da sua filha adolescente são eficazes em trazer tanto mudança sintomática como psicológica. Envolver os pais de modo apoiante e compreensivo no tratamento da sua filha, mas incentivando-os a cessar as tentativas de influenciar a sua alimentação parece ligeiramente menos eficaz (*in* Robin *et al*, 1994), enquanto quando os pais não estão minimamente envolvidos no tratamento, o processo de recuperação é consideravelmente atrasado e prejudicado (*in* Russel *et al*, 1987). Tanto o estudo atual como o de Le Grange *et al* (1992), mostraram que em todas as reuniões com famílias onde existam altos níveis de criticismo, podem surgir dificuldades e mesmo ocorrer a diminuição da eficácia do tratamento. Em suma, embora algumas pacientes adolescentes anoréxicas possam continuar a precisar de tratamento hospitalar, há uma crescente evidência de que a mobilização de recursos da família pode ser a chave para o tratamento eficaz, o que pode evitar a necessidade de admissão hospitalar. A terapia familiar é uma intervenção eficaz

tanto na gestão da doença em si como em fomentar importantes mudanças a nível psicológico e familiar.

Um estudo de carácter qualitativo realizado por Joyce e Lai (2006), cujo método de colheita de dados foi a entrevista em profundidade, realizada após tratamento com terapia familiar, teve como objetivo compreender as percepções subjetivas de pacientes chinesas (18 adolescentes e 6 mulheres jovens) com AN, com duração de doença inferior a 3 anos, assim como dos seus familiares, relativamente à referida terapia. Quanto às contribuições do estudo, este é o primeiro estudo sobre a eficácia percebida da FT para adolescentes e mulheres jovens com AN, num contexto asiático. A FT foi percebida como útil na redução do sofrimento psicológico dos pais, na redução dos conflitos familiares e no aumento da coesão familiar. Sendo a família a unidade deste estudo, cada um dos seus membros se encontrava apto para expressar os seus pontos de vista, o que enriqueceu a compreensão das várias experiências subjetivas ao longo do tratamento.

Salientam-se, no entanto, as limitações do estudo: a pequena amostra restringe as generalizações, podendo os dados ter sido distorcidos por lembranças retrospectivas. O processo terapêutico melhorou o bem-estar psicológico das pacientes com AN, reduziu a frequência e a intensidade dos conflitos familiares decorrentes do comer e da comida, promoveu interesse e compreensão mútuos e aumentou a coesão familiar. Relativamente aos pais, a FT pôde ajudar a diminuir o seu sofrimento psicológico decorrente da doença. Dois componentes desta intervenção foram salientados como bem recebidos pelos pais do estudo: a atitude de “não culpabilizar” e a mudança do foco de tratamento da tentativa de corrigir o problema da jovem emagrecida para a ativação de mecanismos de mudança na família. As narrativas revelaram que o processo de empoderamento dos pais, embora variável de pai para pai, foi contínuo e cíclico. O *coping* sentido como eficaz foi subjetivamente definido e experienciado por estes pais, sendo composto pelos seguintes processos: (1) ganhos em compreensão e apoio; (2) reavaliação cognitiva do problema, do papel dos pais, e da responsabilidade da adolescente, e (3) a mudança comportamental na parentalidade. Ao ouvir os relatos do sofrimento dos pais, a maioria das filhas começou a perceber que não eram as únicas vítimas, a dor dos seus pais, era tão intensa e insuportável como a sua própria, unindo-os na luta contra a AN. Para os pais com educação diferenciada e com mais recursos, a oferta de apoio, alargando a sua perspetiva de reavaliação dos seus problemas, pareceu funcionar bem. Quanto aos pais com educação

menos diferenciada e menos recursos, estes valorizaram o aconselhamento ativo, a educação para a saúde e a mobilização de recursos. Os resultados ressaltam ainda a importância da flexibilidade e versatilidade do terapeuta ao longo do tratamento.

Num outro estudo qualitativo, levado a cabo por Jaeger, Seminotti e Falceto (2011), foi efetuada análise de conteúdo de quatro sessões realizadas com grupos multifamiliares constituídos por cerca de 15 a 20 pessoas, entre pacientes com diagnóstico de PCA (AN, BN e TANS – Transtorno Alimentar Não Especificado) e familiares, utilizando como base a terapia sistémica e a atuação de uma equipa multidisciplinar.

A pesquisa revelou que este tipo de abordagem, associado ao tratamento unifamiliar, individual e multidisciplinar, pode tornar-se uma ferramenta eficaz no tratamento para estes pacientes e suas famílias. Os pacientes, apoiados pelo seu subgrupo, conseguiram colocar os seus sentimentos aos familiares, falando sobre os seus medos e a sua falta de controlo sobre os seus pensamentos e comportamentos. Os pais, apoiados pelo subgrupo parental, falaram sobre as suas dificuldades e assumiram a incapacidade em lidar com a doença de seus filhos. Não se observou a formação de subgrupos de pacientes com AN ou BN, pelo contrário, houve interesse pelas semelhanças, o que rebate o que se encontra descrito na literatura relativamente à formação de grupos por critério diagnóstico ou de pacientes e pais separados. Na avaliação final, a modalidade de atendimento multifamiliar conjunta (AN, BN e TANS), revelou-se positiva para o atendimento dos casos avaliados.

Um outro estudo executado por Wallin e Kronvall (2002) com 26 famílias de pacientes (sexo feminino) com AN, teve como objetivo investigar se e como uma família que passa pelo tratamento de uma filha adolescente com AN, modifica o(s) seu(s) modo(s) de funcionamento. O modelo de tratamento baseou-se na terapia familiar, mais concretamente no modelo estrutural desenvolvido por Minuchin *et al*, sendo o modelo utilizado o *Maudsley*. Foram utilizados como métodos de colheita de dados a observação e o questionário de auto-avaliação.

De acordo com a classificação dos investigadores, as famílias mudaram para um padrão mais funcional em todas as dimensões selecionadas. Estas alcançaram uma hierarquia mais clara e um maior grau de competência. A coesão e a adaptabilidade mudaram para um padrão mais equilibrado, anteriormente mais rígido e enredado. De acordo com as auto-avaliações, as famílias consideraram ter mudado relativamente à sua

expressividade, tornando-se mais expressivas. As famílias em que o paciente recuperou a sua saúde, revelaram-se menos enredadas no *follow-up*. Foi ainda encontrada uma tendência para a existência de um maior grau de competência nessas famílias.

Num artigo de autoria de McDonell e Dyck (2004), é abordado o *Multiple-Family Group Treatment* (MFGT) de McFarlane aplicado em adultos (intervenção em doença mental crónica), referindo que este pode ser também eficaz no tratamento de crianças com distúrbios psicológicos. Relata-nos vários estudos de tratamentos com crianças, destacando-se um deles, levado a cabo por Geist *et al* (2000, cit por *op. cit.*), o qual compara a eficácia da terapia familiar (FT) com o grupo familiar psicoeducativo (“family group psychoeducation” - FGP) no tratamento de 25 pacientes adolescentes internadas com AN (8 sessões ao longo de 4 meses). Os principais objetivos desta intervenção foram encorajar os participantes a ter um papel ativo no seu tratamento, aumentar o peso das pacientes e ampliar a abertura de comunicação dentro da família. A FGP também foi aplicada em 8 sessões durante 4 meses. Os objetivos da FGP foram: aumentar a compreensão da paciente e família sobre as PCA, bem como proporcionar um espaço para a discussão de como as famílias podem implementar a mudança. Cada encontro teve a duração de 90 minutos (45 minutos de educação e 45 minutos de discussão). Pais e adolescentes participaram em grupos de discussão separados e todas as sessões foram conduzidas por profissionais de saúde qualificados (ex: nutricionistas, enfermeiros especialistas em saúde mental). Os autores colocaram a hipótese da existência de um efeito terapêutico positivo para ambas as intervenções ao longo do tempo. Os resultados incluem ganho de peso significativo e reconhecimento da disfunção familiar pelas adolescentes participantes no estudo. Estes argumentam que, dados os efeitos positivos semelhantes da FT e da FGP, o menor custo da FGP torna esta intervenção particularmente promissora. O pequeno tamanho da amostra e a falta de um grupo controlo podem limitar a generalização dos resultados.

Num artigo original de Cobelo, Saikali & Schomer, (2004), as três terapeutas familiares relatam a sua experiência profissional na enfermagem do AMBULIM – Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – relativamente ao contexto de internamento de pacientes adolescentes e suas famílias. Estas relatam que as famílias são convocadas na primeira semana de internamento. É uma abordagem realizada uma vez por

semana, com uma hora de duração. No início, o objetivo é fornecer à família orientações básicas relacionadas com as PCA, seus riscos e formas de lidar. São avaliadas, também, a dinâmica e a interação familiar com o objetivo de analisar a sua relação com a PCA. O segundo propósito é o de criar um espaço de reflexão sobre as relações familiares, descentralizando a questão da alimentação e focalizando-se nos vínculos afetivos. A família é vista como detentora de uma função de grande valor no tratamento das PCA. As terapeutas referem-se ainda à importância da equipa multidisciplinar, no que respeita à abordagem dos vários aspetos do tratamento e considerando o carácter multifatorial da perturbação.

A abordagem Maudsley, tratamento ambulatorio de base familiar para a AN, é um modelo alternativo promissor aos dispendiosos programas de internamento ou hospital de dia. Segundo Le Grange e Lock^a (2005) pode evitar a hospitalização em adolescentes com início da doença inferior a 3 anos e utiliza os pais como recurso para a recuperação dos seus filhos. Foi levada a cabo alguma investigação e publicados alguns ensaios sobre o referido tratamento. Os seus objetivos eram: prevenir a hospitalização do adolescente assistindo os pais nos seus esforços para o auxiliar na recuperação e ajudar o jovem a retornar a uma adolescência com um desenvolvimento normal. A abordagem Maudsley foi concebida por uma equipa de pedopsiquiatras e psicólogos no Hospital Maudsley em Londres. Os referidos estudos demonstraram a eficácia do referido tratamento – aproximadamente dois terços dos adolescentes com AN estudados estavam recuperados no final do tratamento, enquanto 75 – 90 % tinham recuperado a totalidade do peso após 5 anos de *follow-up*. Os investigadores demonstraram que os pacientes com AN mais jovens necessitavam de uma média de 20 sessões de tratamento no decurso de 6 – 12 meses e que 80 % dos pacientes recuperaram o peso e retomaram a menstruação no final do tratamento (Eisler, *et al* (1997) & Le Grange *et al* (2005), cit. por *op. cit.*).

A abordagem Maudsley compreende 3 fases distintas, em que os pais têm uma participação e um papel ativo e positivo, com vista a: ajudar a restaurar o peso do seu filho para valores normais para a idade e altura; devolver o controlo sobre a alimentação de volta ao adolescente e incentivar o desenvolvimento normal do mesmo, através duma discussão profunda das questões cruciais relacionadas com o desenvolvimento que dizem respeito ao seu filho. Assim, a referida abordagem compreende as seguintes fases: Fase I – Restauração do peso, Fase II – Devolução do controlo relativo à alimentação ao

adolescente e Fase III – Estabelecimento de uma identidade saudável do adolescente (Le Grange e Lock, 2005).

Em síntese, e face ao grosso dos achados apresentados podemos concluir que a terapia familiar (nas suas diversas variantes) apresenta-se como uma das psicoterapias de eleição para o tratamento da AN em jovens adolescentes, apresentando os resultados mais satisfatórios, quer ao nível da mudança da jovem quer ao nível familiar. No entanto as mesmas evidências apresentam divergências em alguns estudos, no que respeita à eficácia absoluta desta abordagem quando comparada com outras, como é o caso das terapias centradas no próprio adolescente, que não incluem a família no processo terapêutico.

Os resultados parecem ser também positivos aquando da utilização dos grupos multifamiliares psicoeducativos, os quais associados ao tratamento unifamiliar, individual e multidisciplinar podem tornar-se numa ferramenta eficaz no tratamento de adolescentes com AN e suas famílias. De realçar ainda o menor custo desta intervenção, o que é uma mais-valia para a sua eleição.

Destacamos ainda a abordagem Maudsley, proveniente da FT, como uma evidência atual considerada como fortemente indicada para o tratamento das PCA, e como alternativa aos onerosos programas de internamento ou hospital de dia.

Corroborando os nossos achados com Bulik *et al* (2007), que apresentam no seu artigo intitulado *Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*, os resultados de uma revisão de RCT's sobre a AN e onde comentam a qualidade e a força da evidência, destacando as suas continuadas lacunas e deficiências. Assim, referem que a evidência para o tratamento da AN é fraca; a evidência relacionada com os danos do tratamento e dos fatores associados à sua eficácia são fracos, e as provas sobre o resultado diferencial de fatores sociodemográficos é inexistente.

Face às principais questões colocadas, encontrou-se uma força de evidência variável, mas por norma inexpressiva; nenhum corpo de evidência sobre qualquer assunto foi avaliado como forte (Tabela 3). Para a eficácia do tratamento, a evidência foi julgada como fraca; a exceção foi a psicoterapia para adolescentes, que foi classificada como moderadamente forte. A evidência sobre os danos foi fraca com respeito à farmacoterapia, e inexistente para as intervenções comportamentais. Para fatores associados com ou influenciando o resultado terapêutico, a literatura foi classificada como fraca. Finalmente,

as diferenças no resultado do tratamento por idade, sexo, género, raça, etnia, ou grupo cultural, a literatura foi classificada como inexistente.

Em suma, com base nos dados analisados, a FT, de uma forma geral, enfocando o controlo parental na renutrição, é eficaz no tratamento de pacientes jovens não crónicos com AN; estas abordagens conduzem a um ganho de peso clinicamente significativo e a uma melhoria psicológica. Embora a maioria dos estudos de FT comparem as suas variantes, dois estudos produziram resultados que sugeriram que a terapia familiar foi superior à terapia individual para adolescentes com doença de curta duração.

Strength of evidence for key questions for AN treatment				
Interventions and Age Groups	Treatment Outcomes	Harms of Treatment	Factors Associated with Efficacy	Differences by Sociodemographic Factors
	Medications alone or medications and behavioral interventions			
Adults	Weak	Weak	Weak	Nonexistent
Adolescents	Weak	Weak	Weak	Nonexistent
	Behavioral interventions alone			
Adults	Weak	Nonexistent	Weak	Nonexistent
Adolescents	Moderate	Nonexistent	Weak	Nonexistent

Tabela 3 – Força de evidência sobre questões-chave para o tratamento da AN

Fonte: BULIK, Cynthia, *et al* – *Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*, 2007, p.317

Dos achados também faziam parte revisões sistemáticas da literatura (RSL) sobre a temática dos tratamentos para a AN em adolescentes e suas famílias. Destacam-se os estudos mais relevantes e suas conclusões.

Le Grange (2004) levou a cabo uma revisão da literatura com vários estudos sobre a evolução do FBT ao longo do tempo (destacam-se os trabalhos de Minuchin *et al* (1975); Russell *et al* (1987); Eisler *et al* (2000); Geist, *et al* (2000); Le Grange *et al* (1992); Robin *et al* (1994, 1999)). As intervenções psicológicas para a AN que envolvem os pais dos adolescentes (FBT) provaram ser as mais promissoras, especialmente nos casos onde existe uma curta duração da doença (< 3 anos). Os benefícios do FBT demonstraram ainda ser duradouros passados 5 anos de *follow-up*. A análise dos estudos dos tratamentos disponíveis (estudos controlados, não controlados ou séries de casos) indica que a maioria dos adolescentes com AN, mesmo aqueles gravemente doentes, pode ser tratada com bastante sucesso em ambulatório. Apontam ainda uma importante ressalva relativamente aos resultados, os quais parecem ser melhor sucedidos quando os pais são vistos como um recurso em vez de um impedimento, isto é, a importância de ver os pais como um recurso e

não como um obstáculo ao tratamento e recuperação dos filhos. A AN ocorre tipicamente na adolescência, período crítico em termos de desenvolvimento. Por conseguinte, torna-se notável que os tratamentos que utilizam os pais como agente terapêutico se revelem eficazes. Parece haver algo de contraditório nesta abordagem, uma vez que esta é a fase em que o adolescente necessita desenvolver autonomia e autocontrolo. Vários autores argumentam que este envolvimento pode ser frustrante para o adolescente. No entanto, a abordagem centrada na família sugere que o adolescente com AN apresenta uma regressão e uma falta de controlo e necessita da ajuda dos seus progenitores para retomar um desenvolvimento normal e saudável, livre dos sintomas da doença. Assim, o autor conclui que as famílias constituem um importante recurso na recuperação de adolescentes com AN, tratados aquando do período inicial da doença, evitando a sua cronicidade e impossibilidade de remissão dos sintomas. De notar que o otimismo em relação a estes resultados encorajadores deve ser contido, até ensaios clínicos randomizados de maior escala serem conduzidos.

Um outro artigo da autoria de Smith e Cook-Cottone (2011) relata uma revisão da literatura que examina a FT como uma intervenção terapêutica efetiva para o tratamento da AN em adolescentes. Foram identificados especialmente o Método Maudsley e a FBT. Referem-se à existência de um número limitado de estudos controlados implicando a FT e apesar do método Maudsely ser considerado o tratamento de eleição para adolescentes com AN, o seu suporte empírico é limitado, existindo várias lacunas na literatura. Deste modo, apesar dos FBT terem vindo a demonstrar alguma utilidade clínica positiva no tratamento da AN em adolescentes, pode concluir-se que, dadas as suas limitações, a FT é apenas uma intervenção terapêutica “provavelmente eficaz”, ainda não podendo ser considerada como baseada na evidência. No entanto, as autoras partilham os sentimentos de Le Grange (2006, cit. por Smith e Cook-Cottone, 2011), de que até existirem pesquisas baseadas em evidência sobre uma modalidade de tratamento mais plausível, a FT parece ser a escolha mais viável, aparentando estar a ser bem estabelecida.

Um artigo elaborado por Le Grange e Lock^b, (2005), teve como objetivo rever os estudos disponíveis sobre as psicoterapias direcionadas à AN (em adolescentes e adultos) e compreender se estas podem fornecer indicações para futuras investigações. Estes foram divididos em termos da idade do paciente (adolescente vs adulto) e tipo de estudo (não controlado vs controlado). Quanto aos resultados: os estudos com adolescentes

envolveram, sem exceção, os pais ou familiares no tratamento. A maioria dos estudos que envolvem adolescentes com AN sugere que a FT é útil na recuperação de pacientes jovens com um curto período de evolução de doença e que a hospitalização não é um requisito para a recuperação de muitos destes. Face aos dados dos estudos revistos, até ao final do tratamento 60%-70% dos pacientes terão atingido um peso saudável, embora a maioria ainda não tivesse retomado a menstruação. No *follow-up*, geralmente 5 anos após o tratamento, 75%-90% terão recuperado totalmente e não mais do que 10%-15% ainda estará gravemente doente (Eisler *et al*, 2000, 2003, cit. por *op. cit.*). No entanto, estas conclusões aguardam replicação com RCT's com amostras de maiores dimensões.

Envolver os pais no tratamento da AN dos seus filhos parece benéfico. No entanto, quaisquer conclusões sobre comparações entre diferentes intervenções familiares só podem ser feitas a título provisório. Tratamentos que estimulam os pais a desempenhar um papel ativo na abordagem da AN do adolescente (como é o caso dos estudos Maudsley) parecem ser os mais eficazes, podendo ser encontradas algumas vantagens no sobreenvolvimento dos pais, de uma forma que é favorável à compreensão do problema do filho, encorajando-os a descentrarem-se do problema alimentar.

Ainda permanece pouco claro qual a melhor forma de envolver os pais no tratamento ou quão essencial o seu envolvimento ativo pode ser, dada a limitação dos dados. Tanto Le Grange *et al* (1992, cit. por *op. cit.*) como Eisler *et al* (2000, cit. por *op. cit.*) sugerem que a CFT apresenta uma vantagem face à SFT, na abordagem das questões psicológicas da família e do indivíduo. No entanto, a CFT pode ter desvantagens nas famílias com elevados níveis de hostilidade ou criticismo para com o adolescente. Tais famílias podem ser difíceis de envolver no tratamento (Le Grange, Eisler, Dare, e Hodes, 1992; Szmukler, Eisler, Russell, & Desafio, 1985, cit. por *op.cit.*) e isto pode ser facilmente constatado quando a família está presente em conjunto nas sessões, podendo associar-se à culpa parental, a qual aumenta em consequência da crítica/confrontos que ocorrem durante as mesmas (Squire-Dehouck, 1993, cit. por *op.cit.*). Inversamente, também é possível que este tratamento possa ser projetado para alterar as críticas dos pais (Bloqueio *et al*, 2001, cit. por *op.cit.*), aumentando assim o compromisso com o tratamento. Esta possibilidade não tem sido sistematicamente investigada. Até à data, a conclusão pode ser limitada ao facto das vantagens e desvantagens entre os diferentes tipos de intervenções familiares serem relativamente pequenas em comparação com as melhorias gerais observadas em resposta a qualquer das intervenções familiares estudadas.

Embora já tenham sido apresentadas algumas das lacunas nos estudos existentes, é, no entanto, notável que os tratamentos que utilizam famílias como agentes terapêuticos de mudança apareçam como mais eficazes do que as abordagens individuais para adolescentes com AN. Isto pode parecer contraditório para aqueles que enfatizam a necessidade do adolescente obter autonomia e autocontrole, como parte integrante do seu desenvolvimento (Blos, 1989; Bruch, 1973; Nítido, 1980, cit. por *op.cit.*). Estes autores argumentam que a autonomia do adolescente pode ficar frustrada numa abordagem de tratamento que realça o envolvimento dos seus pais. Embora as abordagens centradas na família enfatizam que o adolescente com AN apresenta uma regressão (Lock *et al*, 2001, cit. por *op. cit.*) ou se encontra fora de controlo (Robin *et al*, 1999, cit. por *op. cit.*), e necessita da ajuda dos pais para o auxiliar na recuperação, o objetivo final é trabalhar em direção à sua individualização, livre de sintomas. Assim, as famílias parecem ser um recurso importante na recuperação de adolescentes com AN. Da mesma forma, uma abordagem que leva em conta o desenvolvimento de questões relacionadas com a adolescência tem maior probabilidade de êxito.

Em síntese, estudos atuais indicam-nos evidência que destaca que a recuperação parece ser melhor para os doentes tratados precocemente no decurso da doença, fornecendo suporte preliminar para intervenções com o adolescente, fundamentais na prevenção do desenvolvimento de formas mais crónicas e não remissivas desta doença, podendo o tratamento ser realizado com bastante sucesso em regime de ambulatório.

Destacam-se os resultados que enfocam a importância de ver os pais como um recurso e não como um obstáculo ao tratamento e recuperação dos filhos. As famílias constituem um importante recurso no restabelecimento de adolescentes com AN, tratados aquando do seu período inaugural, evitando a cronicidade e irreversibilidade na remissão dos sintomas.

Revisões recentes têm aludido para a crescente evidência da eficácia da FBT em adolescentes com AN (por ex., Carr, 2000; Wilson & Fairburn, 1998, cit. por Le Grange e Lock^b, 2005). Com base nas evidências atuais, embora limitadas, a FBT tendo sido gradualmente estabelecida ao longo dos últimos 15 anos como o tratamento de eleição para adolescentes com AN. No entanto, devido às suas limitações, a FT constitui-se apenas como uma intervenção terapêutica “provavelmente eficaz”, não podendo ainda ser considerada com base na evidência, apesar de atestar utilidade clínica positiva no tratamento desta população. Até ao surgimento de pesquisas baseadas em evidência sobre

uma modalidade de tratamento mais credível, esta parece ser a opção de tratamento mais viável.

Outra área de investigação que necessita de pesquisa diz respeito à eficácia relativa ao tratamento psicoterapêutico em regime de internamento *versus* em regime de ambulatório, especialmente para adolescentes. Todavia a sua notoriedade em regime de ambulatório tem sido uma importante contribuição para a evolução do tratamento da AN, solicitando uma maior exploração do significado do papel da família no tratamento.

A AN não é só uma doença grave, é também uma doença rara, o que faz com que seja particularmente difícil o recrutamento de um adequado número de pacientes para ensaios clínicos. Esta dificuldade é agravada pelo facto de ser considerada uma perturbação egossintónica e os pacientes serem relutantes à receção de tratamento, o que pode ajudar a explicar o parco número de ensaios clínicos realizado (Le Grange e Lock^b, 2005).

No âmbito dos pais/cuidadores de crianças/adolescentes com AN, destacam-se alguns estudos, essencialmente de carácter qualitativo, que focam essencialmente as suas experiências, vivências e visões quanto à doença e complexidade do cuidar destes indivíduos. Passamos a citar alguns destes assim como as principais conclusões, dada a sua potencial importância para o entendimento destes cuidadores e ajuda que lhes poderá ser fornecida, com vista à transição de papel de cliente com necessidades para o de recurso terapêutico dos seus filhos doentes. Assim:

Jenna Whitney *et al* (2005) realizaram um estudo de carácter qualitativo, onde analisaram 40 narrativas escritas por pais (20 mães e 20 pais), como parte de uma intervenção familiar num serviço de internamento especializado.

Dos principais resultados obtidos destaca-se o esforço dos cuidadores para entender, explicar e lidar com a doença. Emergiram 16 temas de ordem inferior, tendo estes sido agrupados em 6 categorias de ordem superior: (a) percepções relativas às características da doença; (b) controlo relativo ao paciente, cuidador e tratamento; (c) coerência da doença; (d) efeito sobre a família; (e) resposta emocional; (f) estratégias cognitivas. As referidas categorias correspondem a modelos teóricos atuais existentes na literatura de saúde mental e do cuidar: a percepção da doença, a sobrecarga e as estratégias de *coping*.

Relativamente às implicações clínicas, destacamos:

- As avaliações realizadas pelos cuidadores acerca das causas, consequências e resultados da AN podem ser prejudiciais e contribuir para uma resposta emocional e comportamental desadequada.

- Alguns cuidadores, particularmente mães, encontram-se altamente angustiados face à doença, podendo beneficiar de uma avaliação das suas necessidades, como recomendado por organismos ligados à saúde mental.

- Intervenções que interrompam respostas superprotetoras e de alto grau emocional face à doença podem melhorar os resultados do paciente.

Importa referir que, dada a natureza da amostra ter sido composta por cuidadores de pacientes recetores de assistência especializada em regime de internamento e, portanto, à partida portadores de doença em estadio de gravidade avançada, a generalização dos resultados é limitada, uma vez que as crenças dos primeiros se tornam mais negativas quando comparadas com estadios da doença menos avançados.

Tierney (2005) conduziu entrevistas qualitativas semiestruturadas com pais de jovens com AN tratadas, a fim de descobrir os seus pontos de vista em relação ao tratamento recebido pelas filhas. Estes referiram como tiveram que adotar uma postura proativa, a fim de assegurar que as suas filhas recebiam os cuidados adequados, surgindo opiniões contraditórias sobre os cuidados profissionais prestados às mesmas.

A presença da anorexia pareceu fazer os pais sentirem-se impotentes, uma vez que: foram incapazes de travar a doença e tiveram de recorrer a profissionais para obter assistência; sentiram-se mal informados sobre a PCA, tratamento e evolução, vivenciando as suas preocupações como não reconhecidas inicialmente, não sendo assim fornecidos os cuidados que julgavam adequados às suas crianças, agravando a sua condição de saúde. Os pais entrevistados definiram-se como prestadores de cuidados diligentes, destacando como colocaram as necessidades da criança com AN como uma prioridade, retratando, muitas vezes, os profissionais de saúde como dificultadores das suas tentativas para exibir a sua competência enquanto pais, primeiramente por desconsiderarem as suas preocupações iniciais, e, posteriormente, por não os envolverem ou informarem acerca dos cuidados à sua filha, uma descoberta também relatada em outros estudos envolvendo mães e pais com uma criança anorética (Haigh & Tressure, 2003; Kopec-Schrader *et al*, 1993; Nicholls & Magagna, 1997; Ross & Hardy, 1997, cit por *op. cit.*).

O sentimento de medo e incerteza destes pais foi agravado pela falta de *feedback* por parte dos profissionais. O recurso à terapia familiar proporcionou a oportunidade a estes pais de desempenharem um papel ativo e importante no tratamento dos seus filhos. Constatou-se que todos os pais (menos 1) recebendo FT apreciaram as sessões, embora tivessem também prezado a existência de encontros ocasionais sem a paciente, para permitir a expressão de todos os sentimentos negativos relacionados com o seu cuidar sem prejuízo da sua autoestima. Por isso, pode não ter sido a FT, *per si*, mas antes a oportunidade de receber uma forma de tratamento que estes realmente valorizassem. Alguns pais observaram que a FT ajudou os outros filhos. No entanto, havia um sentimento geral de que os profissionais negligenciavam as necessidades dos irmãos. A maioria dos pais entrevistados reconheceu que a filha com AN poderia ser exigente e consequentemente prejudicar a vida familiar.

É de extrema importância o conhecimento das opiniões dos pais cuidadores de jovens com AN, uma vez que são eles que irão desempenhar um papel fundamental na gestão da sua alimentação em casa, vão lidar com os comportamentos negativos associados à doença e vão garantir que estes frequentem as terapias adequadas disponíveis.

Keitel *et al* (2010) conduziram um estudo nos EUA, com base em 10 entrevistas telefónicas em profundidade realizadas a mães, cujos filhos adolescentes haviam recebido tratamento em regime de internamento para a AN, nos últimos 18 meses e onde pretendiam conhecer as experiências maternas relativamente aos stressores mais marcantes, assim como as suas experiências com profissionais de saúde. No término de cada entrevista, foi solicitado às mães que discutissem os stressores mais importantes para si enquanto indivíduos, no lidar com a doença do filho. Dos resultados das entrevistas surgiram vários temas consistentes: preocupações financeiras/insegurança devido a seguros de saúde (100%), mudanças na dinâmica familiar (70%), dificuldade em identificar alternativas de tratamento apropriadas (50%) e sacrifício pessoal (50%).

De acordo com a literatura (Haigh & Treasure, 2003; Santonastaso, Saccon, & Favaro, 1997; Treasure *et al*, 2001, cit. por *op. cit.*), cuidadores de pessoas com AN relatam essa experiência como causadora de níveis significativos de stresse. Sendo que muitos encaram o processo de obtenção de tratamento para os filhos como demasiado stressante, vivenciando sentimentos de exclusão do referido processo, assim como de culpa acerca da doença do filho (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008, cit. por *op. cit.*). Crianças

e adolescentes com AN dependem inteiramente dos membros da família em termos de apoio financeiro e psicológico (Dimitropoulos, *et al*, 2008, cit. por *op. cit.*), e um ou ambos os pais tipicamente fornece cuidados em casa (Haigh & Treasure, 2003, cit. por *op. cit.*).

Os resultados, embora devam ser interpretados com precaução, revelam a clara necessidade da existência de mais serviços de apoio e informação para os pais.

Importa destacar a constatação de que, profissionais de saúde empáticos que fornecem aos pais ferramentas e recursos para desenvolver as suas próprias estratégias de coping são mais eficazes, pois pais menos stressados são mais capazes para apoiar a recuperação da sua criança.

Concluindo, as ações dos pais são influenciadas pela forma como eles constroem a anorexia, como a veem, enquanto assunto relacionado com o comer, uma doença, um problema psicológico, uma escolha, ou um mistério. O entendimento das ações e dos constructos parentais podem ajudar os profissionais de saúde a desenvolver parcerias de colaboração, negociação e gestão de planos de tratamento com os pais.

No entanto, importa inclinarmos o nosso olhar para as vivências do cuidador e família, as frustrações e esforços que enfrentam para se adaptarem aos sintomas da doença, e como estes sintomas os afetaram. À medida que a doença progride e atinge fases de agudização, o cuidador sente-se física e psicologicamente mais vulnerável, experimentando um misto de desamparo, medo e falta de compreensão, pondo em risco a sua própria saúde mental e bem-estar. É frequente a incapacidade para obter apoio da família e amigos e as suas relações vão sendo significativamente degradadas. Highet, Thompson e King (2005) chamam a atenção para como o cuidar de uma pessoa com uma PCA pode ser percebido como tão grave como cuidar de uma pessoa com doença mental, tal como esquizofrenia ou doença bipolar.

Assim, cabe-nos aqui reforçar e fazer uma chamada de atenção para a importância do papel dos profissionais de saúde, quer no atendimento e apoio que fornecem, quer na informação que concedem aos prestadores de cuidados sobre a doença, bem como sobre os serviços, apoios e direitos existentes, com vista a atender e ajudar a suprir as suas necessidades fortemente negligenciadas.

Por fim, importa destacar o *Eating Disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders – National Clinical Practice Guideline Number CG9* (NCCMH, 2004). Trata-se

de um guia britânico desenvolvido com vista ao aconselhamento na identificação, tratamento e gestão das PCA: anorexia nervosa, bulimia nervosa e situações relacionadas ou similares. As suas recomendações foram desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, pacientes e seus representantes, sob a competente orientação de investigadores, após cuidadosa consideração das melhores evidências disponíveis. É uma espécie de manual de boas práticas baseado em evidência, daí dedicarmos algum espaço no nosso trabalho à exposição do que nos apresenta como mais relevante para a temática em estudo.

As recomendações foram classificadas de acordo com uma hierarquia de valor da evidência. Estas foram classificadas de I a IV e de A a C, com base no nível e grau de evidência associada respetivamente (Anexo V).

Assim, de acordo com as diretrizes do NCCMH (2004), no que respeita às intervenções psicológicas utilizadas no tratamento das PCA, mais concretamente da AN, especificamente em crianças e adolescentes, após análise de vários estudos, nomeadamente RCT's, o guia enuncia as seguintes conclusões:

- Existe evidência insuficiente para determinar qual das terapias familiares: a separada ou a conjunta (“conjoint or separate family therapy”), é mais eficaz no final do tratamento ou no *follow-up* (Eisler, 2000; Robin, 1999). (I)

- Existe evidência insuficiente para determinar se a adição da “terapia de consciência corporal” (“body awareness therapy”) à terapia familiar é superior, a esta última aplicada individualmente (Wallin, 2000).

- Existe evidência insuficiente para determinar qual das terapias familiares, conjunta ou separada, é a mais aceitável (n = 64; Eisler, 2000; Robin, 1999). (I)

- Existe evidência insuficiente para determinar se a junção da “terapia de consciência corporal” (“body awareness therapy”) à terapia familiar é mais ou menos aceitável do que esta última individualmente (n = 33; Wallin, 2000). (I)

- Existe evidência insuficiente para determinar a eficácia e a aceitação do grupo de educação familiar *versus* a terapia familiar conjunta, após restauração parcial do peso no hospital (n = 25; Geist, 2000).

O guia dá-nos ainda conta da existência de escassa mas consistente evidência indicativa de que a terapia familiar é importante no tratamento de adolescentes com AN. Refere-se à falta de consenso quanto à melhor forma de intervenção familiar, no entanto destaca dois fatores como potencialmente importantes:

- As intervenções familiares devem ter o seu foco na PCA e no seu impacto nas relações familiares, enfatizando, nas fases iniciais do tratamento, a necessidade dos pais assumirem o papel central no suporte aos filhos, nos seus esforços para se alimentarem.

- Ambas as formas de terapia familiar, separada (pais e paciente encontram-se separadamente com o terapeuta) e conjunta (pais e paciente encontram-se conjuntamente com o terapeuta), podem ser benéficas.

O estabelecimento de uma relação cooperativa de parceria com famílias de crianças/adolescentes com AN representa um desafio, que requer tempo e experiência, com vista ao estabelecimento do equilíbrio das necessidades dos diferentes membros da família. No entanto, apesar da ênfase nas intervenções familiares, os direitos e as responsabilidades da criança/adolescente doente não devem ser negligenciados. Questões como a confidencialidade e o consentimento devem ser cuidadosamente consideradas e não simplesmente delegadas nos pais ou equipa de saúde. Daí a importância da existência de encontros individuais com o terapeuta, sem a presença da restante família/cuidadores. No que respeita às crianças e adolescentes é particularmente importante assegurar uma correta monitorização da sua saúde física e o rápido início do tratamento (NCCMH, 2004).

Deve ser dada especial atenção ao tratamento de crianças e adolescentes com AN, nomeadamente no que respeita ao envolvimento da família e de outros cuidadores. O suporte da escola e dos pares pode também desempenhar um papel importante na recuperação. Médicos e enfermeiros necessitam, muitas vezes, de colaborar com a escola, esclarecendo os docentes sobre a participação na educação física e exames sentados (adequação do estado corporal à atividade física) (NCCMH, 2004). Assim:

- Nas crianças e adolescentes com PCA, o crescimento e desenvolvimento devem ser apertadamente vigiados. Quando é detetado atraso no desenvolvimento ou o crescimento se encontra comprometido, apesar da adequada nutrição, deve ser solicitada a ajuda de um pediatra. (C)

- Os profissionais de saúde que avaliam crianças e adolescentes com PCA devem estar alerta para indicadores de abuso (emocional, físico e sexual) no início e durante o decurso do tratamento. (C)

- O direito à confidencialidade da criança e adolescente com PCA deve ser respeitado. (C)

- Os profissionais de saúde que trabalham com crianças e adolescentes com PCA devem conhecer as diretrizes do seu país e das entidades empregadoras, no que respeita à temática da confidencialidade. (C)

- As intervenções familiares que abordem diretamente as PCA devem ser oferecidas às crianças e adolescentes com AN. (B)

- Os familiares, entre os quais os irmãos, devem ser incluídos no tratamento de crianças e adolescentes com PCA. As intervenções devem incluir a partilha de informação, aconselhamento sobre gestão comportamental e facilitação da comunicação. (C)

- Às crianças e adolescentes com AN devem ser oferecidos encontros individuais com um profissional de saúde, separadas daquelas com os seus familiares/cuidadores. (C)

- O envolvimento terapêutico dos irmãos e outros familiares deve ser considerado em todos os casos, devido aos efeitos que a doença poderá ter nos mesmos. (C)

- Nas crianças e adolescentes com AN deverá ser realizada uma avaliação cuidada, ponderando-se por um lado a necessidade de internamento com vista ao urgente restabelecimento do peso, e por outro, as necessidades educacionais e sociais da pessoa doente. (C)

A temática da satisfação e adesão ao tratamento também foi considerada de entre um vasto leque de tipos de serviço (ambulatório, internamento, hospital de dia, generalista, especializado, etc.) e diferentes faixas etárias (adultos, adolescentes e crianças). A equipa de revisão do estudo integrado no referido guia, conduziu uma nova pesquisa sistemática, partindo de todos os achados considerados relevantes, não tendo, no entanto, sido encontrados estudos que investigassem especificamente comparações entre tipos de serviço. Destacam-se de seguida alguns dados emergentes dos referidos documentos, relativos à criança, adolescente e seus cuidadores (NCCMH, 2004).

- Os cuidadores e pais de adolescentes identificaram lacunas na ajuda e no suporte, no envolvimento e na educação acerca das PCA, direcionadas aos mesmos (Kopec-Schrader *et al*, 1993; Haigh & Treasure, 2003, cit. por NCCMH, 2004).

- A aceitação do tratamento da AN em regime de internamento em adolescentes foi avaliada como baixa, relativamente a sentimentos de pressão e supervisão, com aspetos de autoritarismo e restrição relativos à terapia, causando sentimentos de raiva e ambivalência (Brinch *et al*, 1988 cit. por NCCMH, 2004).

- Adolescentes relataram um sentimento de falta de privacidade e de intromissão no contexto de internamento (Buston, 2002, cit. por NCCMH, 2004).

- Os pais de adolescentes com AN referiram sentir-se culpabilizados pela PCA dos seus filhos, por parte dos médicos que os tratavam (Sharkey-Orgner, 1999, cit. por NCCMH, 2004).

Em suma, não existe consenso relativamente à satisfação/insatisfação em relação aos serviços e seus *settings*. É comum a ambivalência dos indivíduos sobre o tratamento, principalmente daqueles com AN. Isto acontece mais intensamente com os adolescentes.

O guia fornece ainda algumas recomendações para a prática clínica, cujas relacionadas com as crianças e adolescentes com AN passamos a referenciar (NCCMH, 2004):

- Quando o tratamento em regime de internamento é necessário, este deve ser fornecido o mais perto do local da residência possível, com vista ao envolvimento dos familiares e cuidadores no tratamento, à manutenção das redes sociais e de lazer, assim como evitar dificuldades na transição entre os serviços de prevenção primária e secundária. Esta questão é particularmente importante no tratamento de crianças e adolescentes. (C)

- Os profissionais de saúde devem assegurar-se de que crianças e adolescentes com AN que tenham atingido um peso saudável, tem disponíveis na sua dieta, os nutrientes necessários, a fim de suportarem um crescimento e desenvolvimento adequados. (C)

- Os cuidadores dos referidos utentes devem ser incluídos na sua reeducação alimentar assim como no planeamento das refeições. (C)

- A admissão destes utentes deve ser realizada em locais adequados à sua idade (com a possibilidade de separação de crianças e adolescentes), que possuam a capacidade de proporcionar atividades educacionais e outras adequadas às faixas etárias de cada um. (C)

- Quando um adolescente recusa tratamento considerado essencial, deverá ser considerada a aplicação da Lei de Saúde Mental (*Mental Health Act 1983*), assim como serem ouvidas as pessoas com responsabilidade parental, a fim de ser ultrapassada a recusa do jovem. (C)

- O consentimento parental para o tratamento não deve ser protelado indefinidamente. É recomendável que a base legal na qual assenta o tratamento seja alvo de registo no processo clínico do paciente, principalmente no caso de crianças e adolescentes. (C)

- No caso concreto destes utentes, onde as questões do tratamento são centrais, os profissionais de saúde devem considerar pedir uma segunda opinião a um especialista em PCA. (C)

- Se o paciente com AN, assim como aqueles que possuem a responsabilidade parental recusarem o tratamento, e este for visto como essencial, deve ser solicitado aconselhamento jurídico, a fim de proceder em conformidade com a legislação vigente (*Children Act 1989*). (C)

Síntese do Planeamento

Após relatadas as principais conclusões dos achados relativos à nossa temática, e tendo sempre em conta as limitações dos estudos, principalmente no que respeita ao tamanho das amostras, podemos concluir que:

A terapia familiar (nas suas várias vertentes) afigurou-se como o tratamento de eleição para crianças e adolescentes com AN e suas famílias, destacando-se nos diversos estudos como a mais eficaz em termos de resultados, quer no imediato, quer decorridos vários meses de *follow-up*.

Existem no entanto, alguns estudos, que chegam a resultados divergentes, no que respeita à FT, defendendo os bons resultados das psicoterapias centradas no adolescente, onde a família não é envolvida, pelo menos em sessões conjuntas com este. Estas evidências foram encontradas em menor número, todavia não podem ser omitidas, dada a pertinência e a descentração que implicam em relação à FT.

Outros resultados positivos foram atribuídos aos grupos familiares psicoeducativos, os quais, dado o menor custo quando comparado com as terapias individuais, podem ser uma mais-valia para o tratamento do pré-adolescente/adolescente com AN e sua família.

De destacar ainda a abordagem Maudsley, que começa a surgir na literatura enquanto vertente da FT, destacando-se enquanto alternativa também menos dispendiosa, uma vez que é realizada em regime de ambulatório, onde paciente e familiares, normalmente os pais, são envolvidos e responsabilizados, de forma negociada, pelo processo terapêutico.

O guia britânico *Eating Disorders* do NCCMH (2004) refere-se à FT como importante no tratamento de adolescentes com AN, embora a evidência seja escassa mas consistente. Destaca dois fatores importantes: - as intervenções familiares devem ter o seu

foco na PCA e no seu impacto nas relações familiares, distinguindo a necessidade dos pais assumirem o papel central no apoio aos filhos, nas fases inaugurais do tratamento; - ambas as formas de FT, separada e conjunta, podem ser benéficas.

Estudos de RSL destacam a importância da atuação precoce na fase inicial da doença ser diretamente proporcional ao sucesso na recuperação, sendo o tratamento ambulatorio muito bem sucedido. Os pais reconhecidos enquanto recurso, ao invés de um obstáculo, contribuem de sobremaneira para o restabelecimento de adolescentes com AN, tratados aquando do seu período inaugural. O tratamento ambulatorio parece ter maiores benefícios, permitindo o maior envolvimento da família no tratamento.

Apesar das limitações, evidências atuais têm vindo a destacar a FBT, no decurso dos últimos 15 anos, como o tratamento de eleição para adolescentes com AN. Até ao surgimento de pesquisas baseadas em evidência sobre uma modalidade de tratamento mais credível, esta parece ser a opção mais viável e com maior utilidade clínica no tratamento desta população.

Quanto aos pais/cuidadores propriamente ditos, estes também têm necessidades. Importa ao enfermeiro primeiramente compreender como é que estes sujeitos constroem a doença. Ao possuírem este entendimento, os profissionais de saúde conseguirão adequar a sua abordagem de forma mais direcionada à situação concreta que os pais/cuidadores se encontram a vivenciar. A literatura é unânime ao considerar as vivências do cuidador e família relacionadas com a AN como física e psicologicamente extenuantes. Vulnerabilidade, desamparo, medo e falta de compreensão, são alguns dos sentimentos referidos por estes indivíduos, que veem a sua própria saúde mental e bem-estar postos em causa. Frequentemente referem incapacidade para obter apoio da família e amigos, sendo que as suas relações vão sendo progressivamente afetadas.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que por norma conseguem ter um maior contacto com estas famílias, têm um papel privilegiado e fundamental. Estes destacam-se no atendimento e apoio que fornecem, assim como na informação que concedem sobre a doença, serviços, apoios e direitos dos prestadores de cuidados, com vista a defendê-los, ajudando a suprir as suas necessidades gravemente comprometidas. Só assim estes conseguirão passar ao patamar seguinte, que é o de ajudar os seus filhos a ultrapassar a doença, servindo-os como um recurso terapêutico. Caso contrário, colocamos a questão já respondida em jeito de desfecho, será que as pessoas

conseguem ser um recurso terapêutico quando elas próprias têm necessidades? Dificilmente o conseguirão...

Conclui-se assim que a terapia familiar enquanto tratamento de eleição para crianças e adolescentes com AN deve ser do conhecimento geral de todos os membros da equipa (de enfermagem), sendo que seria de grande utilidade que algumas destas pessoas pudessem fazer formação nesta área, podendo deste modo atender estes pacientes e suas famílias assim como servir de modelo e conseqüentemente de orientadores e consultores aos restantes membros da equipa.

Os grupos familiares psicoeducativos também são uma boa opção para este tipo de contexto, uma vez que permitem reunir tanto pais e filhos doentes nas sessões, como fazê-lo em sessões separadas (apenas os adolescentes doentes ou somente os pais/famíliares), consoante as necessidades identificadas e o estadio em que se encontrem no que respeita à recuperação e à pertinência da presença/ausência dos pais. Destacamos mais uma vez a relação custo-benefício como algo que pode interessar aos decisores das instituições.

A literatura identifica os pais como um recurso importante na recuperação dos filhos doentes, no entanto é perentória no reconhecimento das necessidades destes indivíduos, alertando os profissionais de saúde para o perigo que os primeiros correm se essas mesmas necessidades não forem consideradas e atendidas.

Assim, primeiramente estes pais têm de ser atendidos face às suas necessidades – dúvidas, medos, anseios, inseguranças, culpas, falsos mitos – e só posteriormente quando se sentirem mais confiantes, seguros e não culpabilizados face à doença dos filhos, conseguirão dar o passo seguinte, que é ajudar os filhos a ultrapassar a doença, servindo-lhes de “bengala” e ajudando-os a caminhar face à autonomia e ao bem-estar físico e psíquico. A terapia familiar e os grupos familiares psicoeducativos (psicoeducação) parecem ser duas opções a ter em conta para este contexto de internamento tão rígido e regrado. Ambos poderão dar frutos, melhorando os resultados terapêuticos no internamento assim como a adesão do paciente e família ao projeto terapêutico de ambulatório, acrescendo à qualidade dos cuidados e diminuindo as taxas de reinternamento na unidade.

6.4 Avaliação Final do Projeto de Intervenção em Serviço

O Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março alterado pelos Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de julho, Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro e Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, refere no seu artigo 20º, “1 – O ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre integra: [...] b) Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, (...)”.

Assim, com base no plano de estudos do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS).

A metodologia de projeto consiste numa investigação baseada num problema autêntico identificado e na implementação de estratégias e intervenções adequadas para a sua solução. Esta é uma metodologia que, através da pesquisa, análise e determinação de problemas reais, é fomentadora de uma prática baseada em evidência (Ruivo, *et al*, 2010).

O trajeto deste trabalho foi longo e nem sempre fácil de percorrer. Decisões difíceis de tomar assim como caminhos por vezes tortuosos foram surgindo, constituindo-se como parte do percurso. No entanto, essas dificuldades contribuíram para o desafio que foi este projeto, tornando-o muito mais interessante e estimulante.

Este percurso tem início com a escolha do campo de estágio – primeiro desafio – que implicou a saída da nossa zona de conforto – a pediatria pura, sem patologia ou perturbação psiquiátrica, para uma pediatria com patologia/desequilíbrio/perturbação mental. A realização do diagnóstico de situação foi o segundo grande desafio, pois implicou perceber o que estava errado ou poderia ser melhorado, num contexto para nós desconhecido. Implicou um esforço acrescido de integrações – no novo hospital, no serviço, nas equipas de enfermagem e multidisciplinar e com os “novos” utentes.

A realização do diagnóstico efetuou-se com recurso a várias ferramentas (observação participante, FMEA, análise dos registos de enfermagem, questionário, *Focus Group*), sendo os objetivos, geral e específicos, definidos nesse momento.

Assim, foi definido como objetivo geral deste projeto:

- Conhecer como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes / adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico?

E como objetivos específicos:

- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros, à família, no processo terapêutico dos pré-adolescentes / adolescentes internados com AN;
- Reconhecer se os enfermeiros intervêm junto destes pais em crise, e se sim, de que modo o fazem;
- Enunciar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na relação / intervenção com os pais dos pré-adolescentes / adolescentes com AN.

O diagnóstico responde aos objetivos delineados: Os enfermeiros consideram os pais fundamentalmente como um recurso terapêutico. A cultura do serviço é relacionar-se com a família enquanto recurso terapêutico e não como cliente / beneficiário dos cuidados. A barreira que constitui o plano terapêutico instituído na unidade para estes utentes, no que respeita à presença dos pais, é o principal obstáculo identificado pelos enfermeiros no estabelecimento e evolução da relação terapêutica e intervenção com a família, pois inviabiliza o contacto destes com os pais ao longo de grande parte do internamento. Também o modo de encararem a família enquanto recurso, e dessa forma delinearem a sua intervenção, partindo do princípio que estes pais não têm necessidades, parece constituir, de acordo com a literatura, uma barreira ao sucesso na ajuda e recuperação do pré-adolescente/adolescente internado com AN e seus familiares. A família constitui um importante suporte para estes jovens, no entanto, tem antes de mais de ser atendida e vista como cliente.

A fase de planeamento pretendeu dar resposta à questão decorrente do diagnóstico e inspirada também na teoria das transições de Meleis, de “como é que o enfermeiro pode ajudar estes pais na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico?”.

Concluimos que a terapia familiar e os grupos familiares psicoeducativos são dois tratamentos de eleição para crianças e adolescentes com AN. Pelo que seria muito benéfico que a equipa (de enfermagem) tivesse conhecimento acerca de ambas as terapias, que alguns dos seus elementos pudessem fazer formação nesta área (preferencialmente financiada pela instituição), possibilitando, deste modo, o atendimento destes pacientes e suas famílias, assim como fornecer um modelo e orientação para os restantes membros da equipa no âmbito do atendimento a este tipo de doentes/família.

Todavia e primeiramente, a grande conclusão que podemos retirar do presente projeto é que os pais dos pré-adolescentes/adolescentes internados com AN têm necessidades. Como tal têm de ser atendidos face às mesmas, pois se tal não ocorrer, aquilo que deles é esperado de uma forma quase automática – serem um recurso terapêutico no

restabelecimento da saúde dos filhos – torna-se uma tarefa e um esforço hercúleo mas também muitas vezes inglório, visto que dificilmente uma pessoa consegue ser um recurso terapêutico quando ela própria tem necessidades relacionadas com o problema em questão. Deste modo, a prioridade destes profissionais deverá ser, a par dos cuidados ao jovem paciente, atender aos seus pais/cuidadores, com vista a ajudar a suprir as suas carências e desequilíbrios, para que estes possam dar o passo seguinte que é a ajuda na recuperação dos filhos, rumando à sua autonomia e bem-estar físico e psíquico.

Importa referir, no seguimento do que é preconizado na MTP, que o nosso PIS não contempla a etapa da execução, devido a constrangimentos e limitações de natureza temporal, que não permitiram colocar em prática o que foi planeado.

Perante o exposto, cabe-nos concluir referindo que findámos com sucesso este projeto, uma vez que foram alcançados os objetivos iniciais a que nos propusemos.

Como todos os projetos, também este se confrontou com alguns percalços e pequenos obstáculos, que foram sendo ultrapassados no seu curso.

O caminho percorrido do início ao término deste projeto teve um papel determinante na aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente no que respeita às competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (explanadas no capítulo seguinte).

6.5 Divulgação dos Resultados

A divulgação dos resultados alcançados após a implementação de um projeto é de extrema importância, uma vez que são transmitidos: a pertinência do projeto, o caminho percorrido na resolução de um dado problema e os resultados obtidos. Esta é a última fase da MTP, constituindo um dever ético dos autores, que têm o dever de proteger o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados.

Na área da saúde, possibilita que os clientes tenham conhecimento acerca dos esforços realizados pelos profissionais da instituição com vista à melhoria dos cuidados prestados, proporcionando ainda informação científica aos clientes e profissionais. A divulgação proporciona o conhecimento externo do projeto, possibilitando a discussão das estratégias adotadas na resolução do problema. Existem vários recursos e meios disponíveis para a divulgação dos resultados: reuniões de informação, informais e públicas, conferências, apresentação em congressos, poster, flyers, artigos em revistas científicas e através de informação na internet (Schiefer *et al*, 2006, cit. por Ruivo *et al*, 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006, p.1) a Investigação em Enfermagem é um “processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”. Segundo a OE (2006) o conhecimento auferido através da investigação em Enfermagem facilita o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde.

A divulgação do nosso projeto teve lugar através de vários meios. No final do estágio, foi realizada a devolução dos dados e principais conclusões à equipa de enfermagem da UIPIA, num momento integrado num dia destinado à formação em serviço na unidade. Foi elaborada uma proposta de artigo alusiva ao presente trabalho de projeto (Apêndice VI), com intuito de publicação em revista de enfermagem a determinar. Será ainda apresentado na discussão pública do relatório nas instalações da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, em data a determinar.

Em suma, importa referir a importância do presente trabalho numa lógica de prática baseada na evidência, a qual permite a aquisição de conhecimentos científicos e consequentemente contribui para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, em prol da saúde e do bem-estar dos utentes.

6.6 Questões Éticas

A conduta ética não ocorre ao nível dos comportamentos externos ao indivíduo, mas é resultado dos fins que este determinou para si próprio, implicando a referência à liberdade da acção. Assim, a pessoa tem uma intenção – quer realizar algo, pondera, pensa acerca das opções, e decide – agindo em conformidade. A ética propõe-se compreender o que há de *mais humano no homem*, ou seja, o seu fundamento é a pessoa humana, encontrando-se justamente aí a sua problemática, a pessoa humana como fim em si mesma, como ser único, singular e provido de dignidade própria, com uma conduta sempre original, imprevisível e “irrepetível” (Nunes, 2008).

É nossa pretensão aqui atestar que ao longo do projeto foram salvaguardados e cumpridos os requisitos éticos, deontológicos e legais necessários a um trabalho desta natureza, assim como respeitadas todas as normas e questões de natureza ética junto dos locais e pessoas envolvidas no mesmo. Os princípios éticos que normalizam a investigação nortearam o trabalho, dada a sua universalidade e garante de um resultado honesto, rigoroso e fidedigno.

Assim, após explicitação do projeto e dos seus objetivos, foi obtida a necessária autorização para a colheita de dados, junto do enfermeiro-chefe da UIPIA. O mesmo sucedeu com os participantes nos questionários, os quais foram previamente informados da natureza e objetivo do projeto e apenas aqueles que deram o seu consentimento participaram no mesmo. No momento do envio dos questionários por correio eletrónico foi novamente reforçada a problemática e objetivos do trabalho, a fim de permitir a livre participação dos inquiridos. Apesar dos questionários não terem, para os autores do projeto, um carácter anónimo dada a natureza do método de colheita de dados utilizado, esse anonimato assim como a confidencialidade dos dados foram assegurados, uma vez que a sua utilização no trabalho foi omissa de qualquer identificação dos referidos indivíduos. Ainda assim, alguns dos participantes que inicialmente forneceram o seu endereço eletrónico e como tal aceitaram participar no estudo, acabaram por não devolver os questionários, tendo sido respeitada a decisão. Garantiu-se, desta forma, o respeito pela autonomia dos participantes, o qual culminou como o cumprimento da obtenção do seu consentimento livre e esclarecido.

Quanto aos dados do *Focus Group*, foi obtida a autorização da colega que o realizou, tendo sido a gravação gentilmente cedida por esta.

Do ponto de vista deontológico, o enfermeiro no cumprimento do exercício da sua profissão, deverá reger-se por princípios éticos e deontológicos, os quais incluem a temática da investigação. Assim a investigação pode emergir como: - área de intervenção (no REPE); - dever genérico (artigos 78º e 88º do CDE e art.9º, pontos 5 e 6 do REPE); - dever de salvaguarda de populações mais fragilizadas (art.81º do CDE); - dever de informação - consentimento informado (art.84º, alínea b do CDE); - dever de sigilo (art.85º do CDE); - dever de respeito pela intimidade (art.86º do CDE); - direito do enfermeiro (artigo 75º do CDE).

Destacamos ainda uma última norma do REPE, o ponto 1, do seu art.8º, o qual refere que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. Importa refletir sobre as várias vertentes em que o enfermeiro, na sua prática, tem de focar a sua atenção. Este deve assumir uma conduta ética e respeitosa da pessoa humana, a qual passa pelo respeito de princípios éticos como os da beneficência, não-maleficência, justiça, autonomia, confidencialidade e veracidade - destacamos estes pois são os que melhor se aplicam ao nosso projeto. O enfermeiro deve reger-se pelos códigos normativos vigentes, com vista a assegurar que os direitos e interesses da pessoa que cuida são respeitados e defendidos. Destacam-se desde formas jurídicas mais genéricas como a *Declaração Universal dos Direitos do Homem* e a *Convenção sobre os Direitos da Criança*, às mais específicas, como a *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, o *Código de Nuremberg*, a *Declaração de Helsínquia* ou a *Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*.

Nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências técnico-científicas e ético-morais inerentes à profissão de enfermagem e a sensibilidade humana necessária ao cuidado do Outro. Este equilíbrio é fruto de uma maturidade adquirida através da experiência, no decurso de um percurso profissional, nem sempre fácil e linear, mas composto também de pequenas alegrias e prazeres, os quais se materializam se o enfermeiro tiver presente a atenção global à pessoa humana que é cada utente, com as suas especificidades próprias (Martins, 2004).

PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP) tem como principal objetivo formar Mestres em Enfermagem, detentores de um conhecimento alargado no domínio especializado da área em estudo, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que evidenciem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas relacionadas com um campo de intervenção (Nunes, *et al*, 2012).

O Decreto-Lei 74/2006 de 24 de março preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4). Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, são apresentadas no Anexo VI as competências que deverão ser desenvolvidas e adquiridas pelo Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no final do seu processo de mestrado.

De acordo com as competências em anexo, serve a presente parte do projeto para a realização de uma análise crítica / balanço das referidas competências ao longo deste processo, o qual teve início aquando do ingresso na Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Mental Materno-Infantil e Infanto-Juvenil (PG) em 2007, teve a sua grande expansão no decurso do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (CPLEESMP) iniciado em 2009 e termo aquando do final do MESMP.

De acordo com Danis e Solar (1998) a competência descreve a capacidade de um indivíduo para desempenhar certas tarefas com agilidade, precisão e eficácia. Esta é uma passagem indispensável para a transição do estado de principiante ao de especialista e diz respeito a um conjunto de aptidões adquiridas, graças à integração de conhecimentos e experiências.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, Phaneuf (2005) refere-se ao conceito de competência como um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades

sócio-afectivas e cognitivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, assim como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, possibilitando-a de exercer a sua função ao nível da excelência. A aquisição da competência de enfermagem situa-se no cruzamento de três domínios:

- O desenvolvimento da sua personalidade e as aquisições das suas experiências de vida pessoal;
- As aquisições de formação e de experiência profissional;
- As exigências, os desafios e as oportunidades de evolução descobertas no decurso das situações de trabalho/estágio em que se encontra, e tudo o que lhe permite enriquecer o seu rol de experiências e conhecimentos.

Passamos então a especificar cada uma das referidas competências e respetivas aquisições.

1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

No que respeita à primeira competência, podemos considerar que foi trabalhada e investida, ao longo dos três momentos formais de aprendizagem referidos. A realização dos diversos momentos de avaliação (portefólio e estudo de caso na PG, portefólio e PIS no CPLEE e relatório de trabalho de projeto no MESMP) contribuíram para o crescente desenvolvimento de autonomia na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem. O facto de serem trabalhos com uma forte componente teórico-prática e também investigativa possibilitou a avaliação exaustiva de indivíduos, famílias e comunidade vivenciando uma situação de cise, a tomada de decisão fundamentada nos dados criticamente analisados, o diagnóstico dos seus problemas e condições de saúde e a formulação de intervenções de enfermagem de carácter geral mas também especializadas, tendo sempre o cuidado de assegurar a continuidade de cuidados, articulando com colegas ou outros profissionais, referenciando o doente, em caso de necessidade.

O presente projeto apresenta uma componente educativa, que vai de encontro à proteção e promoção da saúde e à prevenção da doença dos indivíduos/famílias, uma vez que avança propostas baseadas em evidência e respeitantes da ética, que podem ser utilizadas para a intervenção na doença mas também antes da sua instalação definitiva, ajudando na prevenção. É realizada ao longo do mesmo uma análise e avaliação das

práticas, com vista ao melhoramento da atuação dos profissionais e da qualidade dos cuidados que estes prestam.

Destacam-se as unidades curriculares (UC) da P.G.: *Enfermagem de Saúde Mental Comunitária e Familiar*, que forneceu importantes contributos para a nossa construção na relação com o outro (criança/adolescente/família), deixando-nos mais despertos para a importância da promoção da saúde mental das populações/grupos e do acompanhamento das famílias de maior risco assim como os modos de agir; *Ética em Saúde Mental* pelos contributos ético-legais fornecidos no domínio da enfermagem de saúde mental e *Supervisão de Cuidados I*, que favoreceu o empoderamento profissional a partir da responsabilização pela gestão da dialética entre as vivências pessoais e profissionais e o enfoque teórico e técnico desenvolvido ao longo da PG.

As UC do CPLEE que se declararam relevantes para o alcance da primeira competência foram: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria II*, destacando as unidades temáticas (UT) “Enfermagem de Saúde Mental Infantil e Juvenil”, que possibilitou a compreensão do normal e patológico na criança e jovem, o conhecimento das grandes síndromes e respetivas ofertas terapêuticas, destacando o papel da família, assim como o conhecimento da intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria com estes utentes e “Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial”, que contribuiu para o conhecimento das teorias e técnicas da reabilitação psicossocial na ótica da saúde mental, suas dinâmicas e intervenções da enfermagem de saúde mental na prevenção terciária; *Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas*, destacando a UT com o mesmo nome, a qual permitiu discriminar as principais escolas teóricas e respetivas técnicas derivadas, em saúde mental e psiquiatria, assim como discutir as particularidades da saúde e do adoecer mental à luz do entendimento das referidas escolas; *Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem*, relevando a UT “Direito da Saúde e da Enfermagem”, que contribuiu para o conhecimento do regime jurídico aplicável ao exercício profissional da enfermagem em geral e da enfermagem de saúde mental em particular, com vista à correta fundamentação de tomadas de decisão complexas.

2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

Quanto à segunda competência, houve da nossa parte, ao longo do percurso referido anteriormente, um forte investimento no desenvolvimento autónomo de

conhecimentos e competências ao longo deste percurso, no qual se inclui a identificação dos recursos pessoais, com consequente ajuste das necessidades formativas ao projeto profissional e também pessoal, assim como a grande valorização da autoformação enquanto componente fundamental do desenvolvimento pessoal e profissional. Esse investimento teve o seu início na P.G., surgindo de uma motivação interna de necessidade de investir no autoconhecimento e na consciência de que só podemos cuidar o outro com qualidade, se estivermos bem connosco próprios, autoconfiantes e em harmonia com os que nos rodeiam. O estabelecimento de uma relação de ajuda verdadeira, que tenha como intuito o interesse genuíno pelo outro, só acontecerá se, para além do nosso profissionalismo, formos pessoas realizadas, confiantes, bem-resolvidas e nos conhecermos a nós mesmos. Ora isto requer trabalho. Requer investimento e dedicação. A UC *Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem* integrada na P.G. contribuiu de sobremaneira para uma reflexão acerca da nossa postura na enfermagem e enquanto pessoas. A compreensão do aconselhamento enquanto processo de ajuda e enquanto estratégia de *empowerment* do outro foi fundamental para o crescimento neste percurso de mestre, contribuindo enquanto importante estratégia e recurso na ajuda ao utente/família. A compreensão dos fenómenos “internos” e relacionais ligados ao processo de aconselhamento: transferência, contratransferência e mecanismos de defesa, contribuiu de forma muito interessante para uma mudança na visão e atuação na nossa prestação de cuidados de enfermagem, uma vez que passámos a ver o outro com um outro olhar, com maior tolerância e capacidade quer de nos distanciarmos, quer de empaticamente nos colocarmos no seu lugar.

A UC *Narrativas de Vida para os Cuidados de Enfermagem* da P.G. colaborou através da abordagem autobiográfica para a identificação de experiências individuais significativas, que contribuíram para a apropriação de “si-pessoa” e sua transferência para situações de interação cuidativa informal e profissional com o outro. Esta UC fez-nos encarar o nosso eu com outros olhos, nomeadamente com os olhos de um observador externo, com distanciamento e capacidade de análise e interpretação. A partilha das narrativas dos outros colegas foi algo muito importante e de grande significado afetivo-emocional, que proporcionou um sentido de união e respeito no pequeno grupo em que as narrativas foram partilhadas e nos fez encarar a nossa própria narrativa como algo muito íntimo e valioso, que nos orgulhámos em partilhar de forma transparente, com pessoas que depositaram em nós confiança. O contributo das narrativas de vida para o exercício

profissional e para o percurso do mestre foi a transposição dos aspetos autobiográficos para o nosso “ser-enfermeiro”, compreendendo que a nossa atuação na prestação de cuidados, tem muito das nossas experiências e vivências, sendo impossível separar a pessoa que somos do profissional que se encontra em permanente construção e formação.

A UC *Técnicas Expressivas* também pertencente à P.G., constituiu-se como uma série de aprendizagens surpreendentes. Foi interessante conhecer/relembrar técnicas de comunicação expressiva de extrema utilidade para o nosso contexto de trabalho, que podem ser usadas com o intuito terapêutico de facilitar a comunicação entre o enfermeiro e a criança/jovem, permitindo assim uma prestação de cuidados muito mais personalizada e adequada aos nossos clientes. Esta capacidade de conseguir adequar os cuidados à pessoa que se apresenta diante de nós, é tradutora de autoconhecimento e capacidade de reconhecer o outro na sua individualidade e unicidade.

Quanto ao CPLEE, importa destacar para a fundamentação da competência dois, as UC *Enfermagem*, mais concretamente a UT “Formação Contínua Aplicada à Enfermagem”, na medida em que contribuiu para a valorização da autoformação enquanto componente essencial do desenvolvimento assim como permitiu despertar para a importância da rentabilização das oportunidades de formação contínua com vista a melhor responder às solicitações e transformações que se operam nos contextos de cuidados. A U.C. *Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem*, especificamente a UT “Epistemologia e Conhecimento”, uma vez que permitiu a aquisição de conhecimentos básicos sobre epistemologia assim como discutir a natureza epistémica da enfermagem. A U.C. *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria I*, UT “Enquadramento Conceptual da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, que contribuiu para nos localizarmos nos paradigmas da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, assim como discutir e analisar teorias e modelos teóricos da mesma disciplina, identificando e significando a nossa posição enquanto enfermeiros relativamente à teorização da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Esta UT contribuiu grandemente para a eleição da teoria de enfermagem que norteou o nosso projeto – a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. Por fim a UC *Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas*, da qual destacamos a UT “Gestão de Stresse”, que permitiu analisar o modo como funcionamos face ao stresse, como o reconhecemos e lidamos; desenvolver recursos e estratégias para lidar com o stresse profissional e evitar o *burnout*, assim como experienciar estratégias de gestão de stresse, que podem ser utilizadas no nosso quotidiano quer pessoal quer profissional.

No que respeita ao presente projeto houve um forte investimento de natureza intelectual na busca de informação, de material pertinente e cientificamente atual para o trabalho, de natureza inventiva e imaginativa, assim como um investimento pessoal em termos de disponibilidade aos vários níveis, uma vez que todo o processo foi moroso, requerente de tempo e abertura de espírito para ultrapassar as várias fases e os diferentes graus de exigência e dificuldade, que foram surgindo.

3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa.

Relativamente à terceira competência, a qual está relacionada com a integração de equipas multidisciplinares durante o percurso descrito, e conseqüente aplicação dos conhecimentos e ferramentas relacionados com a área de especialização, importa referir que esta competência implica um nível mais global e alargado, a qual nos parece que poderá vir a ser desenvolvida na sua plenitude com base na experiência da prática e do terreno e com a busca de experiências distintas relacionadas com a colaboração com as referidas entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes, com vista a melhorar a saúde global da comunidade. No entanto, a integração em equipas multidisciplinares é algo que é inerente à profissão de enfermagem e tendo em conta o percurso formativo em questão, houve necessidade de integrar e recorrer à multidisciplinaridade para apropriação de novos conhecimentos e modos de resolução de problemas em contextos alargados. Os diferentes estágios que fizeram parte deste trajeto são disso exemplo, pois desde um contexto de internamento de pediatria até um contexto de internamento de pedopsiquiatria, passando por uma unidade da primeira infância (atividades clínicas e em equipa, direcionadas ao estudo clínico da psicopatologia do bebé e da relação mãe-bebé, orquestradas por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pedopsiquiatra, psicólogo, com a colaboração de terapeuta da fala e terapeuta ocupacional), em todos estes locais o peso da equipa multidisciplinar foi relevante para as nossas aprendizagens, aplicação de conhecimentos e de técnicas para a resolução de problemas. A UIPIA é um bom exemplo do trabalho em equipa multidisciplinar. Existia na unidade a prática diária da reunião da equipa multidisciplinar, no início da manhã, após a passagem de turno de enfermagem, na qual participavam: um enfermeiro da UIPIA, o diretor clínico, restantes pedopsiquiatras e internos, a terapeuta ocupacional, o monitor, a psicóloga e alunos de enfermagem. Por vezes participavam também outros enfermeiros do

departamento, como por exemplo do hospital de dia, que traziam casos para a discussão em equipa. Estas reuniões a que tentei assistir sempre que estive presente na unidade, tinham como objetivo relatar como haviam decorrido as últimas 24 horas dos doentes internados, em todas as suas esferas, desde o seu comportamento, participação nas atividades/interação social, presença/ausência de visitas, reações/interações terapêutico-medicamentosas, alimentação/sono/repouso, progressos/retrocessos no seu estado clínico. Esta síntese era realizada pelo enfermeiro. Posteriormente eram discutidos os casos individualmente e introduzidas medidas/alterações ao plano terapêutico, em caso de necessidade. Todos os elementos participavam ativamente na construção dos planos dos doentes, sendo que o enfermeiro tinha um papel fundamental, pois para além de ser o profissional que está presente nas 24 horas, é também aquele que está mais próximo do doente, que o acompanha, que recebe as visitas e testemunha as interações, que faz a ponte com os restantes profissionais (pedopsiquiatra, pediatra, dietista, terapêutica ocupacional, assistente social, fisioterapeuta ...), está presente nas atividades lúdico-terapêuticas e avalia os progressos na situação clínica das crianças/adolescentes internados.

Às segundas-feiras na unidade eram realizadas reuniões onde estavam presentes os enfermeiros do turno, a terapeuta ocupacional, o monitor, e os utentes internados, com o objetivo de planear as atividades semanais, construindo-se um cronograma que seria exposto em local acessível.

Um outro exemplo de integração em equipas multidisciplinares era a participação nas reuniões comunitárias, que decorriam na unidade às quartas-feiras e nas quais participavam todos os técnicos e também os utentes internados. Nestas reuniões discutiam-se assuntos relacionados com os jovens internados, é realizado o balanço da semana, esclarecidas dúvidas que possam existir e são abordados alguns planos terapêuticos (de forma ligeira e caso haja essa necessidade). Esta reunião serve também para dar sentido ao internamento das crianças/jovens, num contexto grupal, onde todos podem opinar e se podem de imediato resignificar os seus medos/pensamentos/estereótipos, na ótica dos vários profissionais presentes e onde também é possível que estes façam o despiste de quem está a precisar da intervenção da sua área de competência (quer a solicitem ou não).

O reconhecimento do nosso crescimento ao longo deste caminho foi também sendo notório através dos pedidos de ajuda/aconselhamento/solicitações, que nos foram chegando de outros profissionais, nomeadamente colegas de serviço, face a situações de cuidados e outras relacionadas com os próprios ou com a equipa de uma forma geral,

direcionadas às novas competências, que fomos tentando responder com bastante agrado e da forma mais competente possível.

Importa ainda referir a articulação e colaboração que foi sendo testemunhada ao longo dos estágios com entidades de saúde pública (Instituto de Medicina Legal) e outros profissionais de saúde, de outras áreas e até de outras instituições (p. ex. centros de saúde das áreas de residência dos utentes, outros hospitais de referência, médicos assistentes e enfermeiros de referência, equipas de ambulatório do departamento, etc.). Na UIPIA existia uma norma relativa à *Alta/Saída do Serviço de Internamento*, a qual tinha como objetivo garantir que na preparação da alta era assegurada a continuidade dos cuidados e que era da responsabilidade do médico assistente e do enfermeiro responsável. A alta era programada ao longo de todo o internamento, sendo o plano de alta registado no plano de cuidados do utente. Durante o internamento eram feitos contactos regulares com os médicos assistentes e/ou equipa que enviou a criança/adolescente dando conhecimento do diagnóstico e evolução do quadro clínico, bem como a preparação da alta, que seria objeto de reunião conjunta. A data da alta era discutida e combinada previamente com a criança/adolescente e família. No dia da alta, o enfermeiro de serviço verificava e assinava a check-list para a alta. O médico assistente elaborava uma Nota de Alta, assim como o enfermeiro responsável durante o internamento elaborava a Nota de Alta de Enfermagem, sendo os originais enviados à entidade responsável pelo seguimento da criança/adolescente ou entregues à família. A alta destes utentes era revestida de uma atenção e cuidado extremamente personalizados, permitindo que nunca se sentissem desamparados e fornecendo uma rede de apoio fundamental em caso de dúvidas, necessidades ou eventual recidiva. Isto só era possível graças a um trabalho em articulação multidisciplinar, realizado e cultivado em prol do doente.

No que respeita aos contributos da P.G. e CPLEE propriamente ditos, cabe-nos distinguir as UC *Enfermagem de Saúde Mental Materno-Infantil*; *Enfermagem de Saúde Mental Infanto-Juvenil* e *Teorias e Técnicas Psicoterapêuticas* da P.G. A primeira e a segunda por serem áreas que nos são queridas e como tal estimuladoras de aprendizagem e vontade de investir na busca do conhecimento. Estas providenciaram material teórico mas também experiência prática em contexto relativos aos aspetos psicológicos relacionados com a vivência da gravidez, maternidade, paternidade e parentalidade; o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais de suporte aos processos de vida da mulher no âmbito do ciclo reprodutivo e da primeira infância, assim como no que respeita ao

normal e ao patológico na criança/jovem, explicitando “o valor do sintoma” e propiciando o entendimento das grandes síndromes e respectivas ofertas terapêuticas, distinguindo o papel da família e a intervenção de enfermagem especializada. Capacitou-nos para a tomada de consciência da necessidade da articulação e do trabalho multidisciplinar nestas duas etapas do ciclo de vida, onde convergem a sabedoria das várias áreas de especialidade em enfermagem. A terceira UC destaca-se pela relevância na nossa área de especialização, permitindo-nos (re)conhecer as principais teorias e técnicas psicoterapêuticas, assim como identificar a possibilidade/impossibilidade da sua aplicação no nosso contexto de prestação cuidados e nos vários contextos por onde fomos passando ao longo deste percurso. E as UC do CPLEE, das quais destacamos a *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria II*, UT “Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial”, onde abordámos a figura do terapeuta de referência – gestor de caso e a equipa multidisciplinar enquanto mais-valia terapêutica.

4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

Em relação à quarta competência, pensamos ter evoluído na direção correta, que é a do desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio que conduzam à construção e aplicação de argumentos rigorosos. Ao longo de todo o processo de aprendizagem, o esforço pela busca do rigor e pelo respeito pelos princípios éticos e deontológicos foi uma constante. Os meios e estratégias eleitos para levar a cabo a resolução dos problemas que surgiram, foram buscados com a preocupação da sua constante fundamentação e com o objetivo da obtenção de ganhos em saúde relativos aos cuidados de enfermagem para o cliente/família alvo dos nossos cuidados.

Assim no que respeita aos aportes teórico-práticos da P.G. e CPLEE, importa destacar as UC da P.G. *Ética em Saúde Mental*, pelos contributos éticos, bioéticos e jurídicos fornecidos no domínio da enfermagem de saúde mental, desenvolvimento do conhecimento e compreensão crítica, com vista à capacidade de resposta a questões e dilemas éticos da prática de enfermagem e à tomada de decisão ética, tendo em conta as teorias do cuidado e da compaixão, os aspetos legais, bem como a proteção dos direitos dos clientes. A *Supervisão de Cuidados I e II*, que favoreceram o empoderamento profissional a partir da responsabilização pela gestão da dinâmica que se estabelece entre: o “enfermeiro pessoa” e o enfermeiro profissional; o enfermeiro e a enfermagem enquanto

disciplina e profissão e o enfermeiro e as necessidades do Outro, em processo de transição. Permitindo também, através da elaboração de um estudo de caso em contexto de estágio, a aquisição de conhecimento extenso sobre esse “caso”, confrontando-o com teorias existentes, acompanhando-o na ótica da enfermagem de saúde mental e relatando o processo de acompanhamento (ajuda/aconselhamento), assim como a avaliação dos resultados desse acompanhamento, na ótica do “caso” e da própria aprendizagem.

Quanto às UC dos CPLEE relevantes para a competência em questão, distinguem-se as UC *Ambientes em Saúde e Gestão de Processos e Recursos*, pela visão global que nos forneceram relativamente a assuntos importantes relacionados com a gestão em saúde e gestão dos cuidados de enfermagem, políticas de saúde, Saúde Global, criação de empresas e empreendedorismo, psicossociologia das organizações, liderança de equipas, melhoria contínua da qualidade e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. E ainda as UC *Enfermagem*, UT “Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem”, a qual permitiu desenvolver a reflexão e o conhecimento na área da segurança dos cuidados, com enfoque na gestão do risco; analisar as problemáticas da segurança, no contexto de cuidados e no contexto de cada enfermeiro individualmente, assim como identificar os potenciais de risco, incluindo erro, no contexto de cuidados. Esta UT permitiu um alerta não só para a deteção de erros clínicos e não clínicos, nos contextos de cuidados por onde fomos passando e no nosso local de exercício, e como tal a evitação de acidentes, assim como possibilitou a obtenção de ganhos em saúde relacionados com a segurança do doente. *Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem*, UT “Direito da Saúde e da Enfermagem”, que contribuiu para o conhecimento do regime jurídico aplicável ao exercício profissional da enfermagem em Portugal, particularizando regimes jurídicos específicos relevantes para o exercício do enfermeiro, com vista à correta fundamentação de tomadas de decisão complexas, através das normas jurídicas aplicáveis ao exercício profissional de enfermagem. *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria II*, UT “Enfermagem de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial”, que contribuiu para o conhecimento de teorias e técnicas da reabilitação psicossocial e ofertas terapêuticas contemporâneas, aplicadas à saúde/doença mental, nomeadamente: a avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial, a psicoeducação, o treino de competências sociais, o projeto terapêutico, as intervenções em terapia familiar, a reabilitação vocacional/apoio ao emprego, a gestão da doença, o apoio à habitação..., cooperando assim na seleção dos meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada.

No presente PIS, como já referido, foi utilizada a “Teoria das Transições” de Afaf Meleis (abordada na U.C. *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria I – UT “Enquadramento Conceptual da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”*), por ter sido a teórica com que mais nos identificámos para o estudo da problemática em questão. A transição é um processo despoletado por uma mudança, e define-se como a passagem de um estado de estabilidade para outro, também ele estável. Enquanto enfermeiros acompanhamos os indivíduos ao longo do ciclo de vida, alvos de sucessivas experiências transicionais. Atuamos junto de pessoas que não estão preparadas para essas transições e como tal possuem insuficiência de papel, desenvolvendo com e junto destas intervenções tanto preventivas como terapêuticas, exercendo assim suplementação de papel. Contribuímos, deste modo, para a transição de papel dos utentes que cuidamos, os quais se encontravam numa situação de insuficiência de papel. A enfermagem de saúde mental e psiquiatria é rica em casos em que o utente e família nos chegam com insuficiências de papel, por vezes múltiplas. A teoria de Meleis assiste-nos na seleção de estratégias e recursos que nos permitem ajudar o utente/família na resolução dos seus problemas, de forma fundamentada e orientada por uma lógica teorizada.

5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Quanto à quinta competência, ao longo de todo o processo, foi possível utilizar capacidades de investigação de forma mais consciente e orientada pela cientificidade, com vista a melhorar a evolução da nossa prática, assim como implementar alguns dos resultados da investigação na busca do melhor caminho a percorrer para a resolução do problema em estudo. O percurso do presente projeto tem a sua fundação e fio condutor na Metodologia de Projeto, a qual se baseia numa investigação centrada num problema real e na conseqüente implementação de estratégias eficazes para o resolver (Ruivo, *et al*, 2010). As várias etapas que o compõem proveem da investigação e utilizam as suas técnicas e métodos. A Fase de Diagnóstico, onde foram utilizadas a observação participante, a FMEA, a análise documental, o questionário e o *Focus Group*, é recheada com informação proveniente da evidência, pois é através da confrontação dos dados obtidos com a revisão da literatura pertinente que se chega ao diagnóstico da situação. Nesta fase são preservados os atores envolvidos, sendo aplicados os princípios éticos do respeito e da autonomia,

recorrendo-se ao consentimento informado e aos pedidos de autorização na recolha de dados.

A Fase de Planeamento é o subcapítulo do PIS onde foi maior o recurso à evidência, uma vez que é neste que se avançam soluções/respostas à questão decorrente do diagnóstico de situação. A pesquisa efetuada, com recurso a bases de dados eletrónicas, entre outras, permitiu o acesso a uma panóplia de literatura baseada em evidência, que foi cuidadosamente selecionada, com o intuito de dar resposta às questões que nos inquietaram e que foram alvo do nosso trabalho.

As Fases de Execução e Avaliação da intervenção não tiveram lugar neste projeto por questões temporais já referidas e justificadas anteriormente. No entanto realizámos a avaliação final do PIS, na qual também houve recurso à evidência, em jeito de síntese.

Quanto à Divulgação dos Resultados, última fase da MTP, esta produção escrita em formato de relatório é parte da difusão do trabalho de projeto realizado, sendo assim sinónimo de evidência produzida e que pretendemos também divulgar através da elaboração de um artigo. A fase inicial de diagnóstico e seus resultados foi ainda apresentada aos enfermeiros da UIPIA, no final do estágio na unidade.

No decorrer deste percurso pudemos constatar o quão importante é a atualização científica e a incorporação dos resultados da investigação nas nossas práticas, reconhecer que só através de uma prática fundamentada e baseada em evidência os cuidados de enfermagem evoluem no sentido da qualidade e da excelência, sendo assim possível diminuir o fosso existente entre a investigação e a prática.

Estudos efetuados nos Estados Unidos nas passadas duas décadas concluem que a falta de investigação contribui para que 30 a 40% das pessoas não recebam cuidados de saúde de acordo com a atual evidência científica e cerca de 20 a 25%, recebem cuidados potencialmente nocivos (Schuster, *et al*, 1998). Cabe-nos enquanto profissionais responsáveis zelar para que os utentes que cuidamos sejam beneficiários dos cuidados mais avançados e atualizados, de acordo com a evidência científica mais recente. Para isso precisamos recorrer a uma ferramenta de extrema importância e de que todos somos detentores que é o pensamento crítico. A prática profissional implica fazer juízos, questionar, analisar, investigar, buscar as últimas novidades em tecnologia, em conhecimento teórico, técnico, científico e humano, implica ler, estudar, dedicar algum tempo à atualização do nosso “ser profissional”. Sem este investimento a nossa prática é meramente técnica, somos simples executantes de tarefas.

Através do presente PIS e da MTP foi possível estudar uma realidade de cuidados *in loco*, diagnosticar as suas principais falhas e necessidades e avançar com o planeamento de soluções/alternativas baseadas em evidência, que poderão proporcionar uma evolução na prática de cuidados, e em última análise uma melhoria dos cuidados prestados aos utentes daquele contexto e conseqüentemente ganhos em saúde, que é o objetivo último deste trabalho, da investigação e da prática baseada em evidência.

Relativamente ao CPLEE importa referir-nos à UC *Investigação*, destacando as suas quatro UT: “Métodos de Tratamento de Informação”, “Bibliografia e Editologia”, “Trabalho de Projeto” e “Investigação em Enfermagem”. Estas proporcionaram o aprofundamento do conhecimento e habilidades na utilização de métodos quantitativos de tratamento da informação; o conhecimento das metodologias de pesquisa e regras de referenciação das fontes assim como das regras de elaboração de trabalhos de divulgação do conhecimento científico; o desenvolvimento de competências na Metodologia de Trabalho de Projeto no global e nas diferentes etapas em particular, que culminaram na realização do presente projeto; a compreensão e utilização de metodologias de investigação cientificamente adequadas ao problema e objetivos definidos, particularmente na área de atuação de enfermagem e a promoção da disseminação dos resultados da investigação. E ainda a UC *Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem*, UT “Ética em Investigação”, que nos expôs o enquadramento ético em investigação e permitiu estabelecer a relação entre o entendimento dos princípios éticos gerais, internacional e nacionalmente definidos, focalizando-se na realização e divulgação de investigação em saúde e em enfermagem.

6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

No que respeita à sexta competência, esta foi sendo desenvolvida no decurso de todo o percurso formativo e cujo término não pode ser assumido desde já, uma vez que este é o começo de um percurso profissional enquanto mestre, cujas competências estão em desenvolvimento e ascensão. A formação de pares e outros profissionais/estudantes reveste-se de enorme responsabilidade e conhecimento aprofundado dos assuntos e temáticas a abordar, assim como um profundo conhecimento de si. Assim, a orientação de estudantes do CLE em ensino clínico, é uma constante na nossa prática e realidade diárias.

O nosso papel cresce em importância à medida que a nossa formação académica, experiência pessoal, profissional e autoconhecimento evoluem, o que nos faz assumir um papel de cada vez maior importância na formação destes estudantes. A articulação com os docentes responsáveis pelos ensinamentos clínicos também se reveste de grande importância, pois para além de nos trazerem um pouco do campo teórico para dentro do hospital, ocorrem sinergias e processos de troca, uma vez que também eles levam um pouco da prática para dentro da instituição de ensino e nos vão mantendo atualizados sobre a “vida” da escola. A colaboração na integração de outros profissionais, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais também aqui é digna de destaque. Integrar alguém implica aceitar, inserir, adaptar a pessoa ao meio, ao contexto, às pessoas e ao ambiente. Uma boa integração faz a diferença entre um profissional motivado e zeloso do seu trabalho e aquele que atua por obrigação ou necessidade. É nosso propósito proporcionar integrações positivas nos ambientes de cuidados em que nos encontramos, e essas dizem também respeito aos utentes e família alvo dos nossos cuidados.

A integração e inclusão em processos investigativos e formativos que visem a área da saúde e a enfermagem revestem-se de uma importância fulcral para o mestre, uma vez que este é capaz de fornecer contributos importantes para as referidas áreas e possui destreza e capacidade de trabalho para contribuir para o progresso das mesmas.

Ao longo do nosso percurso participámos em projetos de cariz investigativo e outros que também contribuíram para o desenvolvimento desta competência. São disso exemplo o Projeto “Cuidar da Equipa” existente no serviço de pediatria, em coautoria com duas colegas especialistas (em reabilitação e em saúde infantil e pediatria), cujo objetivo é desenvolver competências, nos enfermeiros do serviço, para a adoção de estratégias de coping face ao stress resultante da atividade profissional. As sessões realizam-se no âmbito da formação em serviço. E o trabalho de investigação intitulado “Satisfação Cuidativa – Opinião dos Pais de Crianças Internadas no Serviço de Pediatria”, realizado em coautoria, entre 2010 e 2013 e apresentado à equipa e em sessão formativa aberta a todos os enfermeiros, no ano corrente.

Durante o CPLEE, as UC *Gestão de Processos e Recursos*, UT “Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade”, “Gestão dos Cuidados de Enfermagem” e “Liderança de Equipas”, contribuíram para a aquisição de conteúdos relevantes, nomeadamente: o desenvolvimento de competências na área da Melhoria Contínua da Qualidade no geral e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em particular; a identificação e

priorização de oportunidades de melhoria da qualidade, de acordo com o diagnóstico da situação efetuado na nossa prática; o conhecimento das teorias e ferramentas de gestão aplicáveis em ambiente de cuidados; a difusão do desenvolvimento de práticas adequadas de conceção, aperfeiçoamento e avaliação de cuidados de qualidade; o desenvolvimento de aptidões e competências em Liderança de equipas com enfoque na área clínica; o conhecimento da importância da liderança enquanto competência fundamental para o melhor desempenho; o reconhecimento e desenvolvimento de potencial, adaptando o seu estilo de liderança aos desafios de cada situação. E *Ambientes em Saúde*, cujas UT “Economia e Políticas de Saúde”, “Capacitação e Saúde Global” e “Psicossociologia das Organizações”, permitiram identificar os determinantes dos níveis de saúde dos indivíduos e comunidades; discutir os eixos estruturantes da política de saúde em Portugal; perspetivar os níveis de saúde das comunidades como resultado da interação de fatores individuais, organizacionais, políticos e globais; analisar as relações de interdependência entre as dimensões individual, organizacional, comunitária, política e global dos fenómenos de saúde; refletir de forma crítica sobre as suas experiências como profissional de enfermagem, identificando a influência de fatores socioeconómicos e sociopolíticos; perspetivar as organizações sob a ótica psicossociológica; identificar fenómenos psicossociais nas organizações que se evidenciam ao nível da motivação e satisfação no trabalho, liderança, conflitualidade interpessoal e intergrupar, clima e cultura organizacionais; relacionar os fenómenos psicossociais nas organizações de saúde com os níveis de desempenho individual e coletivo, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos utentes.

Deste modo, e explanadas as seis competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, cabe-nos deixar o compromisso de que todas as competências irão ter, futuramente, um contínuo investimento, de modo a aperfeiçoar a atuação e competência do futuro mestre na sua abordagem, avaliação, planeamento e intervenção, junto da pessoa/família/comunidade, alvo dos seus cuidados de enfermagem especializados.

PARTE III – CONCLUSÃO

Com o relatório que aqui se finda foi possível relatar e narrar a nossa experiência relativamente ao que foi o estágio que deu origem ao PIS, o desenvolvimento do PIS propriamente dito, baseado na metodologia de projeto, assim como analisar de forma crítica as competências do MESMP.

Podemos assim concluir que os objetivos a que nos propusemos aquando da elaboração deste relatório foram atingidos. Foi realizado o relato do PIS desenvolvido numa UIPIA, direcionado para a integração da família do pré-adolescente/adolescente com anorexia nervosa no processo terapêutico. Através da MTP, foi planeada intervenção através da transmissão e do fornecimento da evidência mais atual disponível, para que os enfermeiros da UIPIA possam ajudar os pais destes utentes na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico. O segundo objetivo que se prendia com a análise crítica da aquisição e desenvolvimento das competências de MESMP, foi também alcançado, o que pode ser comprovado por todo o investimento de que é sinónimo o presente trabalho, por todo o caminho percorrido, por todas as aquisições que foram almejadas e alcançadas no percurso e enriquecimento pessoal e profissional atingido, por toda a mudança em nós ocorrida e que é notória quando nos localizamos no início e no final deste desafio. No entanto, existe a consciência de que o processo de aquisição de competências é contínuo e apenas se iniciou neste percurso. Ganhámos a consciência dos investimentos que ainda necessitamos fazer e dos domínios em que nos sentimos mais confortáveis e confiantes. Este processo acompanhar-nos-á ao longo do nosso trajeto profissional. Todas as Unidades Temáticas que compuseram as várias formações tiveram o seu contributo para o enriquecimento da aprendizagem e conseqüente desenvolvimento deste relatório, e todas as atividades realizadas em estágio favoreceram a aquisição de competências com vista a alcançar o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Por fim foi realizada a divulgação dos resultados do trabalho, com vista a contribuir para uma prática baseada em evidência e elaborado um artigo científico (Apêndice VI), com vista a uma maior visibilidade do mesmo.

Do ponto de vista dinâmico, paradigma utilizado na UIPIA, a causa da AN parece encontrar-se nas dificuldades na resolução do processo de separação da mãe numa fase precoce do desenvolvimento infantil. Os indivíduos com estas perturbações foram ao longo da infância, regra geral, crianças super adaptadas, que nunca deram qualquer tipo de

problema aos pais e professores (Nodin, 1999; Mintz, cit. por Gabbard, 2006). Com este projeto foi possível obter um conhecimento mais profundo e alargado desta problemática alvo de estereotípias, cuja responsabilidade é facilmente atribuível ao núcleo familiar. No entanto, compreendemos, através dos achados da literatura e daquilo que fomos observando e estudando, que a família, apesar de poder ser, em determinadas situações, desencadeadora de patologia, é acima de tudo o suporte e a âncora para o restabelecimento e recuperação da saúde destas jovens. Sem o apoio da família, o “caminho de volta à superfície” é muito mais moroso, penoso e por vezes impraticável. Assim, pensamos que este projeto contribuiu de sobremaneira para alterar a visão da família de pré-adolescentes e adolescentes anoréticas como causadora de patologia, para uma visão da família detentora de recursos internos que podem e devem ser mobilizados, mas que precisa em primeiro lugar de ser olhada como ser coletivo com necessidades, que também carece ser cuidado. A família é um recurso fundamental para estes enfermeiros, mas que deve ser olhada primeiramente como cliente, e só após satisfeitas as suas necessidades, que muitas vezes passam apenas por perceber o que se passa com a(o) sua(eu) filha(o) e qual a melhor forma de a(o) ajudar, poderão ser úteis na recuperação da(o) mesma(o). A introdução da terapia familiar e dos grupos familiares psicoeducativos na unidade, dois tratamentos de eleição para crianças e adolescentes com AN e suas famílias e a sua utilização pelos enfermeiros, seria de extrema importância para que se pudesse mudar o paradigma de visão dos pais como os “culpados da doença” ou como o “recurso terapêutico”. Este investimento por parte dos enfermeiros teria de ter o apoio das chefias e da direção hospitalar, pois são formações que requerem um investimento económico considerável, principalmente a terapia familiar. No entanto, parece-nos que o retorno em termos de benefícios na saúde dos clientes seria muito superior e a longo prazo, com influência positiva na taxa de recaídas, compensando em larga escala o investimento inicial na formação dos enfermeiros.

Gostaríamos de ter apresentado soluções mais simplificadas e que requeressem menor investimento – apesar dos grupos psicoeducativos serem uma alternativa bastante económica, uma vez que permitem trabalhar em grupo, evitando as sessões individuais que requerem mais recursos humanos e temporais – no entanto em toda a literatura pesquisada, as soluções/opções foram indo de encontro àquilo que apresentámos. Os relatos nacionais são praticamente inexistentes e o que se faz no estrangeiro encontra-se bem documentado, apesar de haver muitas vezes referência nos estudos à escassez dos sujeitos que

compunham as amostras, e assim serem, por vezes, limitativas as generalizações dos resultados. O recurso a documentos orientadores de boas práticas internacionais também nos deu alguma segurança quanto às sugestões que apresentámos. No entanto, importa referir que existe pouco material publicado respeitante à intervenção do enfermeiro propriamente dita, seja especialista ou não, o que nos preocupou inicialmente, mas que após profunda reflexão conjunta nos permitiu concluir que, dada a natureza da nossa especialização, todas as intervenções apresentadas e propostas são passíveis de serem desenvolvidas e realizadas por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e/ou por um MESMP. E é aqui que começa a nossa diferenciação relativamente aos enfermeiros generalistas e aos enfermeiros com especialidades noutras áreas, é aqui que a individualidade da nossa especialidade se manifesta e nos faz reconhecer que podemos fazer muito pelo nosso utente, sem recorrer a outros profissionais, pois temos competência para o ajudar de forma tão ou mais eficaz. Outra limitação do nosso trabalho está relacionada com a escassez de tempo, que não permitiu avançar para a Fase de Execução da MTP e conseqüentemente para a Avaliação, ficando o mesmo apenas pela Fase de Planeamento.

Resta-nos terminar este relatório concluindo que o percurso formativo nele descrito e que agora se encerra contribuiu de sobremaneira para o nosso crescimento enquanto profissionais e enquanto pessoas. Torna-se difícil distinguir ambas as evoluções, pois uma é inerente à outra. A pessoa que somos influencia o profissional que construímos e o melhoramento de uma das vertentes influencia claramente a outra. Neste momento podemos afirmar que nos conhecemos melhor, aprendemos a controlar e a dominar sentimentos, impulsos, reações e fenómenos inerentes à relação terapêutica, como a transferência e a contratransferência e assim sentimo-nos mais aptos para estabelecer com maior facilidade uma relação de ajuda e aconselhamento frutífera com os nossos utentes.

Quanto ao futuro, é nossa pretensão continuar a contribuir para a qualidade dos cuidados e excelência do exercício profissional, quer através de uma prestação de cuidados rigorosa e ímpar, quer através da formação de pares e futuros profissionais e ainda através do recurso à pesquisa, atualização científica, utilização de pensamento crítico e da investigação (e divulgação), investindo em temáticas pertinentes e úteis em contexto, as quais possam contribuir para a melhoria dos resultados dos doentes e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida das populações que cuidamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 Almeida, Jouce; Igue, Cristina – O papel da enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares no ambiente hospitalar. *in Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, 2004, ISBN 85-204-1672-1

📖 American Psychiatric Association (APA) – *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed., Lisboa: Climepsi Editores, 2002, ISBN 972-796-020-2

📖 Bateman, Anthony; Brown, Dennis; Pedder, Jonathan – *Princípios e Prática das Psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores, 2ª ed., 2003, ISBN 972-796-079-0

📖 Bogda, Robert; Biklen, Sari – *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora, 1994, ISBN 972-0-34112-2

📖 Braconnier, Alain; Marcelli, Daniel – *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores, 2000, ISBN 972-8449-56-9

📖 Busse, Salvador; Silva, Beatriz – Transtornos alimentares. *in Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, 2004, ISBN 85-204-1672-1

📖 Código Deontológico do Enfermeiro, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro

📖 Danis, Claudia; Solar, Claudie – *Aprendizagem e Desenvolvimento dos Adultos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1998, ISBN 972-771-444-7

📖 Decreto-Lei n.º 74/06. DR I Série – A. 60 (06-03-24) 2242-2257

📖 Decreto-Lei n.º 115/13. DR I Série.151 (13-08-07) 4749-4772

📖 Fortin, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed., Loures: Lusociência, 1999, ISBN 972-8383-10-X

📖 Gabbard, Glen – *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006, ISBN 978-85-363-0722-0

📖 Gomez, Lavinia – *Uma Introdução às Relações de Objecto*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005, ISBN 972-796-056-1

📖 Lask, Bryan; Byant-Waugh, Rachel – Management of early onset anorexia nervosa. in *Childhood feeding problems and adolescent eating disorders*. Cooper, Peter; Stein, Alain. New York: Routledge, 2006, ISBN 978-0-415-37185-8

📖 Leite, Elvira; Malpique, Manuela; Santos, Milice - *Trabalho de Projecto: Aprender por projectos centrados em problemas*. 4ª ed., Porto: Edições Afrontamento, 2001, ISBN 972-36-0216-4

📖 Leite, Elvira; Santos, Milice – *Nos Trilhos da Área de Projecto*. Lisboa: Inst. de Inovação Educacional, 2004, ISBN 972-783-085-4

📖 Lupo, Angela – Terapia familiar. in *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, 2004, ISBN 85-204-1672-1

📖 Martins, Lurdes – Beneficência e Não-Maleficência in *Para uma Ética da Enfermagem – Desafios*. Neves, M. Patrão; Susana, Pacheco. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, ISBN: 972-603-326-8

📖 Meleis, Afaf I., et al – Experiencing Transitions: an Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), Set. 2000, p.12-28

📖 Meleis, Afaf I. – *Transitions Theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, ISBN 978-0-8261-0535-6

📖 Mijolla, Alain de; Mijolla-Mellor, Sophie de – *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002, ISBN 972-8449-92-5

📖 Nakamura, Eunice – Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. in *Anorexia*,

Bulimia e Obesidade. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, 2004, ISBN 85-204-1672-1

📖 National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) - *Eating Disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders – National Clinical Practice Guideline Number CG9*. London: The British Psychological Society and Gaskell, 2004, ISBN 1 85433 398 4

📖 Nunes, Lucília, *et al* – Guia do Curso – Turma A – Saúde Mental e Psiquiátrica, Ano Letivo 2012/2013, 2012

📖 Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993, ISBN 9788573077247

📖 Phaneuf, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005 ISBN 972-8383-84-3

📖 Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van – *Manual de investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed., Lisboa: Gradiva, 1998; ISBN 972-662-275-1

📖 Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril

📖 Russell, Gerald – *Anorexia Nervosa of early onset and its impact on puberty. in Childhood feeding problems and adolescent eating disorders*. Cooper, Peter; Stein, Alain. New York: Routledge, 2006, ISBN 978-0-415-37185-8

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

@ American Psychiatric Association (APA) – *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*. [Em linha] 2006 [Consult. 9 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_12.aspx>

@ Assumpção, Carmen; Cabral, Cabral, Mônica – *Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa*. Revista Brasileira Psiquiatria [Em linha] 24 (Supl III), 2002, p. 29-33. [Consult. 23 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf>> ISSN 1516-4446

@ Brissos, Maria Adelaide - *O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde*. Revista de Saúde Pública [Em linha] 22 (1), 2004, p. 43-55. [Consult. 6 Set. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/20002008/pdfs/1-05-2004.pdf>>

@ Bruch, Hilde – *Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa*. Psychosomatic Medicine [Em linha] 2 (XXIV), 1962, p. 187-194. [Consult. 12 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/24/2/187.pdf>>

@ Bulik, Cynthia, *et al* – *Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*. International Journal of Eating Disorders [Em linha] 40 (4), 2007, p. 310-320. [Consult. 10 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://online.library.wiley.com/doi/10.1002/eat.20367/pdf>>

@ Cobelo, Alice; Saikali, Maria; Schomer, Ester – *A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa*. Revista Psiquiatria Clínica [Em linha] 31 (4), 2004, p. 184-187. [Consult. 19 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22406.pdf>>

@ Cobelo, Alicia, *et al* - *Transtornos Alimentares e seus Aspectos Psicológicos*. Nutrição Profissional [Em linha] 11, 2007. [Consult. 18 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.redecepan.com.br/artigos/07.05.22/07.05.22.htm>>

@ Cordás, Táki; Claudino, Angélica – *Transtornos alimentares: fundamentos históricos*. Revista Brasileira Psiquiatria [Em linha] 24 (Supl. III), 2002, p. 3-6. [Consult. 8 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13963.pdf>> ISSN 1516-4446

@ Cordás, Táki – *Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico*. Revista de Psiquiatria Clínica [Em linha] 31 (4), 2004, p. 154-157. [Consult. 8 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398.pdf>>

@ Eisler, Ivan, *et al* – *Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions*. Journal of Child Psychology and Psychiatry [Em linha] 41 (6), 2000, p. 727-736. [Consult. 11 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4b54b24e-11a3-4ff5-95ee-94e784d6e889%40sessionmgr198&hid=113>>

@ Fishman, H. Charles – *Juvenil Anorexia Nervosa: Family Therapy's Nature Niche*. Journal of Marital and Family Therapy [Em linha] 32 (4), 2006, p. 505-514. [Consult. 22 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3658/is_200610/ai_n17190541/>

@ Geist, R., *et al* – *Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa*. Canadian Journal of Psychiatry [Em linha] 45 (2), 2000, p. 173-178. [Consult. 8 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=4b54b24e-11a3-4ff5-95ee-94e784d6e889%40sessionmgr198&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=a9h&AN=3204144>>

@ Godart, Nathalie, *et al* – *A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents*. PLOS ONE [Em linha] 7 (1), 2012, p.1-9. [Consult. 16 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0028249#close>> eISSN-1932-6203

@ Gorgati, Soraia; Holcberg, Alessandra; Oliveira, Marilene – *Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares*. Revista Brasileira Psiquiatria [Em linha] 24 (Supl. III), 2002, p. 44-48. [Consult. 14 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13971.pdf>> ISSN 1516-4446

@ Grando, Lucia; Rolim, Marli – *Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem*. Acta Paulista de Enfermagem [Em linha] 19 (3), 2006, p.

365-70. [Consult. 13 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a02v19n3.pdf>>

@ Guerra, Isabel – *Metodologia de Projecto*. [Em linha] 1994 [Consult. 7 Set. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>>

@ Guimarães, Daniel; Salzano, Fábio; Abreu, Cristiano – *Indicações para internação hospitalar completa ou parcial*. Revista Brasileira Psiquiatria [Em linha] 24 (Supl III), 2002, p. 60-2. [Consult. 10 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13974.pdf>> ISSN 1516-4446

@ Highet, Nicole; Thompson, Marie; King, Ross – *The Experience of Living with a Person with an Eating Disorder: The Impact on the Carers*. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention [Em linha] 13 (4), 2005, p. 327-344. [Consult. 22 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640260591005227>> e ISSN 1532-530X

@ Jaeger, Maria; Seminotti, Nedio; Falceto, Olga – *O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. [Em linha] 33 (1), 2011, p. 20-27. [Consult. 19 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n1/1155.pdf>>

@ Jorge, Stella; Vitale, Maria - *Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente*. Arq Sanny Pesq Saúde [Em linha] 1 (1), 2008, p. 57-71. [Consult. 8 Mar. 2011]. Disponível em WWW:URL:<http://www.cepsanny.com.br/pdf/v1n1a8.pdf>>

@ Joyce, L.; Lai, Kelly – *Perceived Treatment Effectiveness of Family Therapy for Chinese Patients Suffering from Anorexia Nervosa: A Qualitative Inquiry*. Journal of Family Social Work [Em linha] 10 (2) 2006, p. 59-74. [Consult. 26 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J039v10n02_04>

@ Keitel, Merle, *et al* – *Salient Stressors for Mothers of Children and Adolescents With Anorexia Nervosa*. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention [Em linha] 18, 2010, p. 435-444. [Consult. 6 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640266.2010.511937>> eISSN 1532-530X

@ Le Grange, Daniel – *Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: A promising approach?* *Clinical Psychologist* [Em linha] 8 (2), 2004, p. 56-63. [Consult. 13 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bd9a043d-56d6-4a2a-9cda-718a0dd1f221%40sessionmgr198&vid=5&hid=114>>

@ Le Grange; Daniel; Lock, James^a – *Family-Based Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: the Maudsley Approach*. National Eating Disorder Information Centre. [Em linha] 2005, [Consult. 19 Set. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nedic.ca/knowthefacts/documents/MaudsleyApproach.pdf>>

@ Le Grange; Daniel; Lock, James^b – *The Dearth of Psychological Treatment Studies for Anorexia Nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*. [Em linha] 37 (2) 2005, p. 79-91. [Consult. 17 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20085/pdf>>

@ Leel, Pamela; Haedt, Alissa – *Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Problems and Eating Disorders*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [Em linha] 37 (1), 2008, p. 39-61. [Consult. 16 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15374410701817832>> eISSN 1537-4424

@ Lock, James, *et al* – *Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment To Adolescent Focused Individual Therapy For Adolescents With Anorexia Nervosa*. *Archives of General Psychiatry* [Em linha] 67 (10), 2010, p. 1025-1032. [Consult. 13 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210890>>

@ McDonell, Michael; Dyck, Dennis – *Multiple-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders*. *Clinical Psychology Review* [Em linha] 24, 2004, p. 685-706 [Consult. 11 Jul. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735804000455>>

@ Melin, Paula; Araújo, Alexandra – *Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico*. *Revista Brasileira Psiquiatria* [Em linha] 24 (Supl. III), 2002, p. 73-76.

[Consult. 10 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13977.pdf>> ISSN 1516-4446

@ Neves, Lúcia - *Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional nas perturbações alimentares*. Tese de Doutoramento em Psicologia (área de conhecimento em Psicologia Clínica) [Em linha] Universidade do Minho, 2008. [Consult. 13 Mar. 2011]. Cap. 2 – Perturbações do Comportamento Alimentar, Vinculação e Emoções. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9031/2/Tese.pdf>>

@ Nodin, Nuno - *A depressão nas perturbações da alimentação*. Análise Psicológica [Em linha] 4 (XVII), 1999, p. 687-694. [Consult. 11 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n4/v17n4a05.pdf>> ISSN 0870-8231

@ Nodin, Nuno; Leal, Isabel – *Representações paternas na anorexia nervosa*. Análise Psicológica [Em linha] 2 (XXIII), 2005, p. 201-208. [Consult. 8 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a10.pdf>> ISSN 0870-8231

@ Nunes, Lucília – *Ética em Cuidados paliativos: limites ao investimento curativo*. Revista Bioética [Em linha] 16 (1) 2008, p. 41-50. [Consult. 24 Abr. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/54/57>

@ Ordem dos Enfermeiros – *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. [Em linha] 2006 [Consult. 10 Set. 2012]. Disponível em WWW: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf>

@ Robin, Arthur; Siegel, Patricia; Moye, Anne – *Family Versus Individual Therapy for Anorexia: Impact on Family Conflict*. International Journal of Eating Disorders [Em linha] 17 (4), 1995, p. 313-322. [Consult. 28 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eacfb03d-a213-44f8-b6f9-7805a23968e6%40sessionmgr110&vid=2&hid=113>>

@ Ruivo, Maria Alice, *et al* – *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Percursos [Em linha] 15, 2010, p. 2-37. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível em WWW: <URL:http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf> ISSN 1646-5067

@ Santos, Manoel, *et al* – *Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa*. Vínculo [Em linha] 1 (1), 2004. [Consult. 8 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902004000100008> ISSN 1806-2490

@ Schuster, Mark, *et al* – *How Good is the Quality of Health Care in the Unites States?* The Milbank Quarterly [Em linha] 76 (4), 1998, p. 517-563 [Consult. 14 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.00105/pdf>>

@ Smith, Amanda; Cook-Cottone, Catherine – *A Review of Family Therapy as an Effective Intervention for Anorexia Nervosa in Adolescents*. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings [Em linha] 18, 2011, p. 323–334. [Consult. 17 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10880-011-9262-3#page-1>>

@ Tierney, Stephanie – *The Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: A Qualitative Study of the Views of Parents*. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention [Em linha] 13 (4) 2005, p. 369-379. [Consult. 26 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640260591005254>> eISSN 1532-530X

@ Tippelt, Rudolf; Amorós, Antonio – *Theory and practice of the project-based method*. InWEnt – Capacity Building International [Em linha] 2004 [Consult. 8 Set. 2012]. Disponível em WWW:URL:http://star-www.inwent.org/starweb/inwent/docs/Lehrbrief_10_engl.pdf> ISBN: 3-937235-27-2

@ Torres, Sandra; Guerra, Marina – *A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa*. Psicologia, Saúde & Doenças [Em linha] 4 (1), 2003, p. 97-110. [Consult. 9 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a07.pdf>> ISSN 1645-0086

@ Wallin, Ulf; Kronvall, Per – *Anorexia nervosa in teenagers: Change in family function after family therapy, at 2-year follow-up*. *Nordic Journal of Psychiatry* [Em linha] 56 (5), 2002, p. 363-369. [Consult. 18 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/080394802760322132>>

@ Whitney, Jenna, *et al* – *Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study*. *British Journal of Psychiatry* [Em linha] 187, 2005, p. 444-449. [Consult. 14 Jun. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://bjp.rcpsych.org/content/187/5/444.full.pdf+html>>

ANEXOS

Anexo I – Plano Terapêutico por Etapas

Anexo II – Protocolo clínico para a Anorexia Nervosa da unidade

Anexo III – Critérios diagnósticos da anorexia nervosa pré-pubertária e intra-pubertária

Anexo IV – Critérios Clínicos para Internamento de acordo com a APA

Anexo V – Hierarquia da evidência e esquema de recomendações de classificação

Anexo VI – Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ANEXO I – Plano Terapêutico por Etapas

PLANO TERAPÊUTICO

Etapas	DATA																			
	Pesos																			
Saída/Alta da Unidade		Kg																		
Saída com Termo de Responsabilidade fora do H (L. Ensaio)		Kg																		
Almoço Terapêutico		Kg																		
Participo na Actividade física com esforço		Kg																		
Saída ao exterior dentro do H (Profissionais e/ou Família) *		Kg																		
Faço a cama		Kg																		
Recebo visitas		Kg																		
Actividade de culinária **		Kg																		
Recebo chamadas telefónicas		Kg																		
Faço chamadas telefónicas		Kg																		
Peso Inicial		Kg																		

* Família assina termo de responsabilidade.

** Sempre, desde que me comprometa a participar
 Deve ser Gulceimas e a ingerir os alimentos realizados na mesma.

Até à meta "Actividade física com esforço" as principais refeições têm duração de 60', e 15' nas pequenas refeições;
 O n.º de repousos é segundo indicação médica.

Este anexo é fruto de uma adaptação do Plano Terapêutico – “Plano por Etapas” original utilizado no serviço, destinado aos pré-adolescentes e adolescentes com perturbações do comportamento alimentar. Por motivos éticos de preservação da identidade do serviço, qualquer menção à identidade do mesmo no referido Plano, foi ocultada.

**ANEXO II – Protocolo clínico para a Anorexia Nervosa da
unidade**

ANEXO II

Psiquiatria da Infância e Adolescência

Protocolo clínico - Intervenção no Internamento de Pedopsiquiatria em Anorexia Nervosa e em Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

Crítérios de internamento - um ou mais dos seguintes critérios publicados pela SAM (Society for Adolescent Medicine):

- Malnutrição severa (peso <75% do peso médio esperado para a idade, sexo e altura); IMC < 14; Perda de peso \geq 20% do peso inicial
- Impasses terapêuticos, com doente a só comer com assistência ou cooperante apenas em meio altamente estruturado, família em ruptura por conflito familiar severo ou família ausente/demitida
- Restrições agudas da ingestão de líquidos e da ingestão de comida
- Outras situações de risco físico imediato (desidratação, alterações electrolíticas, disritmia cardíaca, instabilidade fisiológica (com FC < 50bat/min de dia ou <45 bat/min à noite; TA < 80/50 mmhg, temp. corporal <35,5 C°; alterações ortostáticas no pulso >a 20bat/min. ou na TA > a 10 mmhg)
- Paragem do Crescimento e desenvolvimento
- Mecanismos purgatórios sem controle
- Complicações médicas agudas da desnutrição (ex; síncope, convulsões, paragem cardíaca, pancreatite)
- Emergências psiquiátricas agudas (ex: ideação suicida mantida ou tentativa de suicídio, psicose aguda)
- Diagnóstico de comorbilidades que interferem com o tratamento da perturbação alimentar (depressão severa, POC, disfunção familiar grave)

O internamento deve ser ponderado depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas em ambulatório.

A intervenção no Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência é feita por uma equipa interdisciplinar que inclui sempre uma **avaliação pediátrica** e que em contexto de urgência será a avaliação inicial e que determina se o internamento é numa primeira fase na Unidade de Adolescentes ou se é de imediato na Unidade de Internamento Pedopsiquiátrico.

Ao longo do internamento a abordagem terapêutica tem **sempre** 3 vertentes:

1) **Pedopsiquiátrica (incluindo uma intervenção individual e familiar)**

2) **Pediátrica (monitorização do ponto de vista orgânico que inclui estabilização orgânica actual e das sequelas a longo termo)**

3) Nutricional, com o objectivo da reabilitação nutritiva (com um papel primordial na educação alimentar para uma modificação do comportamento alimentar), do estabelecimento prévio do peso a atingir e do estabelecimento de uma dieta personalizada.

Estratégias terapêuticas

- Separação da família
- Intervenção individual
- Intervenção familiar

O plano terapêutico individual é elaborado em Equipa, de modo a promover um meio terapêutico coeso, com uma linguagem comum

A separação da família permite romper o impasse terapêutico:

- Coloca o controlo da doença na Equipa de Internamento
- Confirma a gravidade daquela
- Permite reequacionar a problemática da separação e promover a individuação

Só é possível através do estabelecimento de uma **Aliança Terapêutica** com a família e da sua adesão ao projecto da Equipa

A intervenção individual é de cariz cognitivo - comportamental numa primeira fase, dirigindo as características de controlo e rigidez de funcionamento para objectivos mais adequados e inclui:

- Vigilância Pediátrica regular, de acordo com o estado físico do doente
- Calculo do peso de alta e do peso ideal a atingir em ambulatório
- Estabelecimento duma dieta personalizada
- A alimentação passa a ter o valor de “terapêutica”
- Fala-se sempre em “aumentar de peso” e nunca em “engordar”.
- Definição de objectivos intermédios (etapas), em função do peso atingido, que permitem pontuar a evolução (ver quadro seguinte, como exemplo)

<u>Etapas</u>	<u>Peso</u> <u>KG</u>								
Alta	45								
Fim de semana em casa	44.5								
Almoço Terapêutico	44.5								
Participar nas Actividades	44								
Passear no exterior	44								
Fazer a cama	44								
Culinária	43.5								
Receber Visitas	43								
Receber telefonemas	42								
Fazer telefonemas	41.5								
Peso Inicial	40.7								

- Manter a informação permanente de aspectos ligados à evolução dos parâmetros orgânicos
- A decisão de entubar, tomada de acordo com a Pediatria, é adiada até ao limite
- Psicoterapia individual visando aspectos da realidade e após fase inicial visando aspectos afectivos que envolvem a perturbação do comportamento alimentar
- A intervenção farmacológica é ajustada aos sintomas presentes, variável de caso para caso (não usada como tratamento primário e/ou principal; é mais frequentemente usado o antipsicótico olanzapina, pelo aumento de peso mais rápido e menor frequência de recaídas; por vezes recorremos também ao antidepressivo sertralina, se existir comorbilidade com depressão, perturbação obsessivo-compulsiva ou fobia social)

A intervenção familiar, que tem sistematicamente sido demonstrada como benéfica para adolescentes com anorexia nervosa, compreende:

- **Reuniões familiares semanais** ao longo de todo o internamento, tentando criar uma dinâmica de funcionamento familiar que permita a diferenciação e a autonomia do nosso jovem; apoiar a resolução de conflitos, reforçar os papéis parentais.
Estas reuniões mediadas são inicialmente (e até o utente atingir a meta das visitas) o único momento em que jovem e família se encontram.
- **Almoço terapêutico** - É a 1ª refeição com a família nuclear da jovem e esta após o internamento e imediatamente antes do primeiro fim de semana em família; para além da família residente com o doente e este estão também presentes no almoço a dietista, um elemento da enfermagem e o pedopsiquiatra responsável durante o internamento da menor.
O objectivo deste almoço é de confirmar a boa evolução da doente, o modo adequado como se alimenta e a “dessensibilização” do grupo familiar à situação alimentar, pois na maioria das vezes apresentam grande ansiedade em relação a esta, por longos processos de conflitos e receios marcados em torno da patologia do comportamento alimentar que vivenciaram.
- **Alta:** Quando o peso previsto é atingido depois de um fim de semana em família
- **Manutenção de consultas familiares semanais** durante um período variável
- **Manutenção de consultas regulares com Pediatra e Dietista**
- **Em internamentos muito prolongados o seguimento mantém-se, pelo menos durante algum tempo, no**

Este anexo é fruto de uma adaptação do protocolo clínico original utilizado no serviço destinado às perturbações do comportamento alimentar. Por motivos éticos de preservação da identidade do serviço, qualquer menção à identidade do mesmo no referido protocolo, foi ocultada.

**ANEXO III – Critérios diagnósticos da anorexia nervosa pré-
pubertária e intra-pubertária**

ANEXO III

Critérios diagnósticos da anorexia nervosa pré-pubertária e intra-pubertária:

Três séries critérios podem ser formuladas para o diagnóstico da anorexia nervosa pré-pubertária e intra-pubertária (Russel, 2006):

1 – Existe uma falha no ganho de peso no momento em que é esperada a ocorrência de crescimento rápido (10-14 anos) ou uma real perda de peso coincidente com esse momento.

2 – A psicopatologia básica da anorexia nervosa é semelhante àquela dos pacientes mais velhos, que evidencia um medo exagerado de engordar.

3 – Existe um distúrbio endócrino que se manifesta por um atraso do desenvolvimento pubertário normal. Nas raparigas, o crescimento em estatura é reduzido, o desenvolvimento mamário é incompleto e a menarca é retardada. Nos rapazes, para além do atraso no crescimento, o pênis e o escroto mantêm-se infantis, ocorrendo apenas um escasso aparecimento de pelos púbicos e barba.

Fonte: Russell, Gerald – Anorexia Nervosa of early onset and its impact on puberty. in Childhood feeding problems and adolescent eating disorders. Cooper, Peter; Stein, Alain, 2006

**ANEXO IV – Critérios Clínicos para Internamento de acordo
com a APA**

Anexo IV

Crítérios Clínicos para Internamento de acordo com a APA

Os critérios clínicos para o internamento de acordo com a APA (2006) são:

- Peso: menos de 75% do peso mínimo esperado;
- IMC: abaixo da faixa de 13 a 14 kg/m²;
- Presença de alterações hemodinâmicas, hidro-eletrolíticas e metabólicas importantes: hipotensão arterial grave, bradicardia, hipotermia, hipoglicémia, hipopotassemia;
- Alterações físicas indicadoras de ameaça imediata à vida da paciente: disfunção cardíaca, renal ou hepática, sintomas de desidratação e desnutrição graves.

Os critérios referidos interagem entre si e, se presentes, indicam a necessidade de intervenção imediata. Quanto menor for o peso no momento do internamento, maior será a dificuldade na realimentação e, conseqüentemente, menor o sucesso do resultado terapêutico. Assim, recomenda-se que a hospitalização se proceda o mais precocemente possível.

Ainda de acordo com a APA (2006), além das situações clínicas referidas, existem critérios psiquiátricos e psicossociais que podem determinar o internamento. São eles:

- presença de perturbação psiquiátrica grave (depressão ou transtornos de personalidade);
- risco elevado de suicídio e autoagressão, com ideação suicida evidente;
- baixa adesão ao tratamento resultante de famílias ausentes ou incapazes de promover apoio;
- falta de envolvimento da paciente nas orientações fornecidas em ambulatório;
- fatores geográficos, no caso de pacientes que residem em localidades mais distantes dificultando o acesso ao tratamento de ambulatório ou em Hospital de Dia.

Fonte: American Psychiatric Association (APA) – *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, 2006.

**ANEXO V – Hierarquia da evidência e esquema de
recomendações de classificação**

Anexo V

Hierarquia da evidência e esquema de recomendações de classificação

: Hierarchy of evidence and recommendations grading scheme

Level	Type of evidence	Grade	Evidence
I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials	A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation
Ila	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation	B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence
Ilb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study		
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies		
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities	C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available

Fonte: National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) - Eating Disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders – National Clinical Practice Guideline Number CG9, 2004, p. 54

**ANEXO VI – Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria**

ANEXO VI

Competências do Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de março, preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4). Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, apresentam-se as **competências a desenvolver** no sentido de assegurar que o **Mestre em Enfermagem**:

1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:

- a) realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
- b) sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- c) diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
- d) prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;
- e) inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
- f) referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;
- g) avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:

- a) identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;
- b) valorize a autoformação como componente essencial do desenvolvimento.

3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa:

- a) aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- b) conheça os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;
- c) sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;
- d) faça gestão de casos quando aplicável;
- e) trabalhe em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

- a) selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;
- b) avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:

- a) analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;
- b) use capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Acrescem as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas de cada área de especialização (vide documentação própria da OE)

in Nunes, Lucília, *et al* – Guia do Curso – Turma A – Saúde Mental e Psiquiátrica, Ano Letivo 2012/2013 (2012)

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão teórica sobre as questões da origem, classificação diagnóstica e etiologia da anorexia nervosa

Apêndice II – FMEA – Diagnóstico de Situação – O circuito da família da criança/jovem internado numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA)

Apêndice III – Tabela de análise das categorias emergentes dos processos

Apêndice IV – Questionário eletrónico de diagnóstico de situação

Apêndice V – Análise do questionário eletrónico de diagnóstico de situação

Apêndice VI – “A integração da família no processo terapêutico do pré-adolescente / adolescente com Anorexia Nervosa”

**APÊNDICE I – Revisão teórica sobre as questões da origem,
classificação diagnóstica e etiologia da anorexia nervosa**

APÊNDICE I

Revisão teórica sobre as questões da origem, classificação diagnóstica e etiologia da anorexia nervosa

Da origem...

Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego “an-”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite, significando também aversão à comida, enjojo do estômago ou inapetência, surgindo as primeiras referências a essa condição com o termo fastidium em fontes latinas da época de Cícero (106-43 aC.) e vários textos do século XVI. Já a denominação específica “anorexia nervosa” surgiu com William Gull em 1873, referindo-se à “forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo [...]” cuja “falta de apetite é [...]decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica[...]” (Parry-Jones, 1991, cit. por Cordás e Claudino, 2002:3). Foi a primeira perturbação do comportamento alimentar a ser descrita no século XIX e a pioneira a ser classificada e ter critérios operacionais reconhecidos na década de 1970 (Cordás, 2004).

A partir de 1960, as tentativas de distinguir diferentes tipos de pacientes com anorexia nervosa, assim como o número crescente de casos, parecem ter contribuído para o reconhecimento da doença como síndrome psiquiátrica específica. Hilde Bruch contribuiu de forma marcante para a compreensão de aspetos psicopatológicos comuns na doença. Esta autora apontou que a psicopatologia central da anorexia nervosa compreendia “uma constelação específica de deficiências do ego e da personalidade, consistindo em três áreas de perturbação do funcionamento: transtornos da imagem corporal; transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais (como reconhecimento da fome) e uma sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades da paciente” (Bruch, 1991, cit. por Cordás e Claudino, 2002:4). Crisp (cit. por Cordás, 2002 e Neves, 2008) considerou a anorexia nervosa como “um estado de fobia de peso”, no qual as pacientes tentavam evitar as mudanças biológicas e psicológicas da puberdade, através da manutenção do peso num nível pré-pubertário, buscando a regressão a um período desenvolvimental precoce.

Atualmente o termo “anorexia” é incorretamente utilizado no seu sentido etimológico para a “anorexia nervosa”, uma vez que estes pacientes não apresentam uma

verdadeira perda de apetite até estágios mais avançados da doença, mas sim uma recusa alimentar deliberada, a fim de emagrecer ou por medo de engordar (Bruch, 1973, cit. por Cordás e Claudino, 2002).

Da classificação diagnóstica...

Os critérios diagnósticos atuais propostos para a anorexia nervosa encontram-se presentes nos sistemas classificatórios DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition, Text Revision) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).

De acordo com o DSM-IV-TR, os quatro critérios fundamentais para o diagnóstico da anorexia nervosa são:

- recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura ($\geq 85\%$ do esperado);
- medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente;
- perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação ou negação da gravidade do grande emagrecimento atual;
- nas jovens após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

Especifica, ainda dois subtipos, o tipo restritivo, em que durante o episódio atual de anorexia nervosa a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes, e o tipo ingestão compulsiva/purgativo em que durante o episódio atual de anorexia nervosa a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos.

Já segundo o CID-10 (1993), a anorexia nervosa é um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente, que ocorre comumente em mulheres adolescentes ou jovens, podendo igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, numa criança perto da puberdade ou numa mulher mais velha até na menopausa. Os critérios compreendem:

- Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC (Índice de Massa Corporal) $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$);
- Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam;
- Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o);

- Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorreia) e atraso desenvolvimento puberal.

Podem estar presentes vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos.

Da etiologia...

Quanto à sua etiologia, vários autores (Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002; Morris, 2007, cit. por Jorge e Vitalle, 2008) consideram a anorexia nervosa como multifactorial, ou seja, é determinada por múltiplos fatores que interagem entre si, dando origem e, por vezes, perpetuando a doença. Classicamente distinguem-se nos transtornos alimentares: os fatores predisponentes – que aumentam a hipótese de aparecimento da doença (fatores individuais, somáticos, eventos vitais adversos, fatores familiares e hereditários, genéticos, socioculturais, padrões de interação familiar); os fatores precipitantes – marcam o aparecimento dos sintomas (dieta e eventos stressantes) e os fatores “mantenedores” – determinam a durabilidade da doença (alterações fisiológicas e psicológicas, produzidas pela desnutrição e pelos frequentes episódios de compulsão alimentar e purgação).

A anorexia nervosa raramente tem início antes da puberdade, existindo indícios de que a gravidade das perturbações mentais associadas pode ser superior em indivíduos pré-púberes que desenvolvem a doença. Existem dados de que quando a doença tem início durante os primeiros anos da adolescência (entre os 13 e os 18 anos), esta poderá ter um melhor prognóstico (DSM-IV-TR, 2002). É no sexo feminino que ocorre a grande maioria dos casos – mais de 90% - surgindo os primeiros sintomas de forma bimodal aos 14 e aos 18 anos (DSM-IV-TR, 2002).

Fontes:

- American Psychiatric Association (APA) – DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2002

- Cordás, Táki; Claudino, Angélica – *Transtornos alimentares: fundamentos históricos*, 2002

- Cordás, Táki – *Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico*, 2004

- Jorge, Stella; Vitalle, Maria - *Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente*, 2008

- Neves, Lúcia - *Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional nas perturbações alimentares*. 2008

- Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*, 1993

**APÊNDICE II – FMEA – Diagnóstico de Situação – O circuito da
família da criança/jovem internado numa Unidade de
Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA)**

APÊNDICE II

FMEA – Diagnóstico de Situação – O circuito da família da criança/jovem internado numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA)

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
1 – Primeiro Internamento da criança /jovem na UIPIA.	A família não é acolhida	10	1	<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento da família - Aumento da ansiedade da família - Não adesão ao projecto terapêutico - Alta a pedido 	10	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo e disponibilidade - Falta de pessoal de enfermagem - Desconcentração / cansaço do(s) enf^o(s) 	100	
	É dada pouca atenção ao acolhimento da família	6	5	<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento da família - Aumento da ansiedade da família 	4	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo e disponibilidade - Falta de pessoal de enfermagem - Desconcentração / cansaço do(s) enf^o(s) - Necessidade do acolhimento ser breve (para facilitar a contenção da criança/jovem) 	120	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
2- Primeiro dia de visita da família (pais ou representante legal) à criança/jovem	É dada pouca atenção aos pais/representante	6	3	<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento da família - Aumento dos níveis de ansiedade da família - Sentimento de insegurança da família 	6	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo e disponibilidade - Falta de pessoal de enfermagem - Pouca valorização dada pelo(s) enfº(s) à importância da família no processo terapêutico - Por ser considerado um momento de intimidade que o(s) enfº(s) não quer(em) quebrar/perturbar 	108	
	É desvalorizada a presença dos pais/representante	7	1	<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento/ zanga da família - Aumento dos níveis de ansiedade da família - Sentimento de insegurança da família - Desmotivação da visita da família, 	9	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo e disponibilidade - Falta de pessoal de enfermagem - Pouca valorização dada pelo(s) enfº(s) à importância da família no processo terapêutico - A visita dos pais/representante não é pertinente nessa fase do 	63	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
				com consequente diminuição no nº/tempo de visita(s) - Dificuldades na adesão /compreensão do plano terapêutico - Quebra na relação ⁱ		processo terapêutico		
3 – Primeiro contacto com o enfº de referênciaⁱⁱ	Não é clarificada a função da família no projeto terapêutico da criança/jovem	4	5	- A família não entende a sua função no processo, podendo adotar uma postura ambivalente - Dificuldades na adesão / compreensão do plano terapêutico - Quebra/ falha no projeto terapêutico	3	- Pouca valoração dada pelo(s) enfº(ºs) à importância da família no processo terapêutico - O acolhimento com o enfº de referência não é realizado atempadamente	60	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
4 - Primeiro contacto da família com o Pedopsiquiatra de referência ⁱⁱⁱ	Não é clarificada a função da família no projeto terapêutico da criança/jovem	6	6	- A família não entende a sua função no processo, podendo adotar uma postura ambivalente - Quebra/ falha no projeto terapêutico	2	- O médico não está sensível para a necessidade de envolvimento da família no projeto terapêutico das crianças/jovens (devido à sua formação/orientação) - O acolhimento/reunião familiar com o clínico não é realizada atempadamente	72	
	A família não é utilizada como recurso/ não é envolvida no projeto terapêutico	7	4	-Descontentamento da família (sente-se afastada no projeto terapêutico da criança/jovem) - Aumento dos níveis de ansiedade da família - Sentimento de insegurança da família	5	- O médico não está sensível para a necessidade de envolvimento da família no projeto terapêutico das crianças/jovens (devido à sua formação/orientação) - A família não pode estar presente na fase inicial do processo terapêutico ^{iv}	140	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
				- Desmotivação da visita da família, com consequente diminuição no nº/tempo de visita(s)		- A família constitui perigo/ameaça para a criança/jovem		
5 – Contacto da família com a Assistente Social ^v	Não é solicitada a intervenção da Assistente Social	5	4	- A família não tem capacidade de dar resposta às necessidades da criança/jovem após a alta - Não é providenciada continuidade de cuidados após a alta, por falta de recursos económicos/familiares/comunitários - Reinternamento da criança/ jovem	5 ^{vi}	- O enfº / pedopsiquiatra não contactou a assistente social para intervir no caso - A família não revela as suas dificuldades ao enfº/pedopsiquiatra (dada pouca atenção à família)	100	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
6 - Primeiro dia de visita do(s) irmãos à criança/ jovem	Não é permitida a visita do(s) irmão(s)	5	5	- Descontentamento/ zanga da família - Aumento da ansiedade da família - Aumento da ansiedade da criança/ jovem internado	10	- Pouca valorização dada pelo(s) en ^{fo} (s) à importância do(s) irmão(s) no processo terapêutico - A visita dos irmão(s) não é pertinente/benéfica nessa fase do processo terapêutico	250	
	É desvalorizada a visita do(s) irmão(s)	7	4	Descontentamento/ zanga da família - Aumento dos níveis de ansiedade da família - Sentimento de insegurança da família/ irmão(s) - Desmotivação da visita do(s) irmão(s), com consequente diminuição no nº/tempo de	7	- Falta de tempo e disponibilidade - Pouca valorização dada pelo(s) en ^{fo} (s) à importância do(s) irmão(s) no processo terapêutico	196	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
				visita(s) - Dificuldade na readaptação ao contexto familiar após a alta (dos irmão e/ou da criança/jovem internado)				
7 – Visitas subsequentes da família (pais ou representante legal) à criança/jovem	É dada pouca atenção aos pais/representante	5	5	- Descontentamento da família - Manutenção dos níveis de ansiedade e insegurança da família - Desmotivação da visita da família, com consequente diminuição no nº/tempo de visita(s)	5	- Falta de tempo e disponibilidade - Pouca valorização dada pelo(s) enfº(s) à importância da família no processo terapêutico - Por ser considerado um momento de intimidade que o(s) enfº(s) não quer(em) quebrar/perturbar	125	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
7 – Visitas subsequentes da família (pais ou representante legal) à criança/jovem (cont.)	É desvalorizada a presença dos pais/representante	7	3	<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento/ zanga da família - Manutenção dos níveis de ansiedade e insegurança da família - Desmotivação da visita da família, com consequente diminuição do nº/tempo de visita(s) 	8	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca valorização dada pelo(s) enf^o(s) à importância da família no processo terapêutico - A criança/jovem, após a visita dos pais/representante, altera o seu comportamento (fica mais agitado, com comportamentos de auto e hetero-agressividade, labilidade emocional...) - A visita dos pais/representante, apesar de não ser proibida, ainda não é pertinente nessa fase do processo^{vii} 	168	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
8 – Chamada telefónica dos pais/familiares/representante para a unidade	Não lhes é permitido falar com a criança/jovem internado	5	4	<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento/ zanga da família - Aumento da ansiedade da família - Aumento da ansiedade da criança/ jovem internado 	10	<ul style="list-style-type: none"> - A criança/jovem encontra-se ausente do serviço (ou em reunião com médico ou psicóloga^{viii}) - A regra da unidade relativa ao telefone^{ix} - A criança/jovem recusa receber o telefonema - Não é pertinente para o estado actual da criança/jovem receber o telefonema 	200	
	Não é valorizada a comunicação telefónica com os pais/familiares/representante aquando do seu telefonema para a unidade	5	6	<ul style="list-style-type: none"> - Descontentamento da família - Manutenção dos níveis de ansiedade e insegurança da família 	4	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo e disponibilidade - Pouca valorização dada pelo(s) enf^o(s) à importância da família no processo terapêutico - Por não ser uma rotina do serviço (o enf^o falar com os pais ao telefone, a não ser que estes o solicitem) 	120	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
9 – Preparação para a alta	Não é realizada a inclusão da família no planeamento da alta	5	4	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de insegurança e aumento da ansiedade da família aquando da alta - Aumento da ansiedade da criança/jovem internado aquando da alta - A família não interioriza as alterações que serão necessárias no contexto familiar para receber a criança/jovem - A família não se apercebe das dificuldades inerentes à reestruturação familiar e dos sinais de alerta que deverá identificar - Aumento da taxa de reinternamento 	6	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo e disponibilidade - Pouca valorização dada pelo(s) en^o(s) e/ou pelo pedopsiquiatra à importância da família no processo terapêutico - Pouca importância dada ao momento de transição que é a alta 	120	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
9 – Preparação para a alta (cont.)	Não é realizado ensino acerca da terapêutica domiciliária à família	7	2	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de insegurança e aumento da ansiedade da família aquando da alta - Aumento da ansiedade e insegurança da criança/jovem internado aquando da alta (não sente a família envolvida) - A família não interioriza as alterações que serão necessárias no contexto familiar para receber a criança/jovem (a partir daquele momento terá de fazer sempre aquela terapêutica) - A família não se sente confortável na 	5	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo e disponibilidade - Desconcentração / cansaço do(s) enf^o(s) - A questão do regime terapêutico é pouco valorizada pelo(s) enf^o(s) - A criança/jovem domina de forma competente e adequada a terapêutica domiciliária e a família desvaloriza essa necessidade - A família não está disponível para aprender 	70	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
				identificação de sinais de alerta com vista à instituição de terapêutica SOS - Aumento da taxa de reinternamento				
9 – Preparação para a alta (cont.)	Não é agendada consulta de follow-up	9	1	- Sentimento de insegurança por parte da família, que não se sente acompanhada - Sentimento de insegurança da criança/ jovem (não se sente acompanhada) - Sentimento de desvinculação e não adesão ao projeto terapêutico de ambulatório (regime terapêutico,	9	- O pedopsiquiatra não agenda consulta de follow-up - Esta falha não é detetada pela equipa multidisciplinar	81	

ETAPAS	INCIDENTES	GRAVIDADE	OCORRÊNCIA	EFEITO	DETEÇÃO	CAUSAS	RPN	AÇÕES A DESENVOLVER
				hospital de dia, grupos terapêuticos, consulta externa...) - Aumento da taxa de reinternamento				
9 – Preparação para a alta (cont.)	Não é realizada articulação de cuidados pelo enfº de referência	4	4	- A criança/jovem não tem continuidade de cuidados de enfermagem em ambulatório - Sentimento de insegurança por parte da família, que não se sente totalmente acompanhada - A criança/jovem/família podem sentir uma quebra abrupta entre o seu projecto terapêutico no	3	- O enfº de referência não contacta com enfº de referência de ambulatório (do hospital de dia, centro de saúde da área de residência, saúde escolar...) - O enfº de referência envia carta de alta via fax ou em mão pelos pais, para o enfº de referência de ambulatório, não validando com esta situação da criança/jovem e suas necessidades - O enfº de	48	

				internamento e a passagem para o domicílio - Sentimento de abandono e consequente desvinculação e não adesão ao projeto terapêutico de ambulatório (regime terapêutico, hospital de dia, grupos terapêuticos, consulta externa...) - Aumento da taxa de reinternamento		referência não se encontra presente aquando da alta, pelo que esta é preparada por outro colega, com conhecimento menos aprofundado da situação da criança/jovem/família, ocorrendo maior dificuldade no “término” da relação		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

ⁱ Esta “quebra na relação” aplica-se principalmente aos casos de crianças/jovens com perturbações do comportamento alimentar (a mais comum na unidade é a anorexia). Nestes casos é limitada a visita dos pais/representante legal, sendo que o único contacto que estes têm com os filhos/menores, numa fase inicial, é na reunião familiar uma vez por semana, com o Pedopsiquiatra. O único contacto que estes têm com os enfermeiros é aquando da realização de chamadas telefónicas para a unidade ou da deslocação à mesma para trazer roupa. Após estabelecimento do plano terapêutico por etapas o primeiro patamar a ser alcançado é “Faço chamadas telefónicas”, o qual permite a realização de duas chamadas telefónicas diárias ao critério da criança/jovem, sendo o segundo patamar “Recebo chamadas telefónicas”, que permite igualmente receber por dia duas chamadas telefónicas. Só no quarto patamar “Recebo visitas” é permitida a receção de visitas da família. Por vezes, passa muito tempo até

que as crianças/jovens os consigam alcançar, o que significa que ficam sem contacto com as suas famílias durante todo esse tempo. Deste modo pode acontecer uma quebra na relação destes utentes com seus pais/família, havendo a necessidade de uma adaptação a uma “nova relação”, que deverá ser bilateral.

ⁱⁱ Na UIPIA o método de prestação de cuidados de enfermagem é por enfermeiro de referência. O enfermeiro de referência é responsável por aquela criança/jovem, sendo da sua responsabilidade a definição e organização de um plano terapêutico, em articulação com a restante equipa multidisciplinar. Das competências do enfermeiro de referência fazem parte: a realização do acolhimento aos pais, clarificando os objectivos do internamento, acompanhá-los (criança/jovem e família) ao longo do mesmo, esclarecendo quaisquer dúvidas que surjam e encaminhando para os técnicos competentes, quando necessário, assim como realizar a preparação para a alta, preparando a criança/jovem e família para uma nova etapa nas suas vidas, esclarecendo acerca do regime terapêutico, articulando com os recursos necessários da comunidade, escola, centro de saúde, enfermeiro de referência de ambulatório (consoante o projeto de alta), realização de carta de alta e seu encaminhamento para os locais/técnicos pertinentes.

ⁱⁱⁱ Na UIPIA as crianças/jovens são seguidas por um único clínico ao longo do seu internamento, o qual designam de pedopsiquiatra de referência.

^{iv} Esta causa relaciona-se como ponto i, com as crianças/jovens com perturbações do comportamento alimentar. Ainda assim a família pode ser envolvida nas reuniões familiares.

^v A Assistente Social não integra a equipa multidisciplinar da UIPIA, pelo que quando é necessária a sua intervenção esta é chamada à unidade.

^{vi} Este valor de detecção acaba por ser um número relativo, pois existem situações em que as crianças/jovens se encontram institucionalizadas e/ou em que a família se destituiu da responsabilidade pela criança/jovem, pelo que não existe este contacto entre a assistente social e a família.

^{vii} No caso das crianças/jovens com perturbações do comportamento alimentar, de acordo com o esclarecimento constante do ponto i, a visita é expressamente proibida até ser atingido o patamar do plano terapêutico por etapas “Recebo visitas”. Assim esta causa é equivalente a uma regra do serviço que se prende com o cumprimento do projecto terapêutico.

^{viii} De referir que inicialmente foi construída uma etapa que dizia respeito à intervenção da Psicóloga: “Primeiro contacto da família com a Psicóloga”, sendo o incidente levantado “Não é clarificada a função da família no projeto terapêutico da criança/jovem”, no entanto após discussão com os enfermeiros do serviço, foi-me clarificada a intervenção desta técnica na UIPIA, a qual não passa pela família mas sim pela criança/jovem, não se aplicando assim esta etapa na presente FMEA.

^{ix} Uma das regras da UIPIA que abarca todas as crianças/jovens internados prende-se com a permissão de receber e efetuar duas chamadas telefónicas por dia (duas de cada). Este controle é realizado pelos técnicos da unidade em registo próprio.

**APÊNDICE III – Tabela de análise das categorias emergentes dos
processos**

APÊNDICE III

Colheita de dados dos processos – Análise de Conteúdo

Categorias emergentes:

Categoria A - Contacto da família com o/a enfermeiro/a – telefónico		
Processo II	1	“Foi-lhe comunicado que a mãe telefonou e mandou-lhe beijinhos.”
	2	“A mãe telefonou para saber da evolução da R. Dada informação.”
Processo III	1	“Mãe contactou a unidade para saber da jovem e, aparentemente, compreendeu o facto de não poder falar com a filha.”
	2	“A mãe telefonou para saber informações foram-lhe fornecidas e comunicado à jovem que a mãe telefonou e lhe mandou beijinhos, assim como do pai + das manas.”
	3	“O pai telefonou para saber informações e foram-lhe cedidas. Foi comunicado à jovem que o pai telefonou.”
	4	“A mãe telefonou questionando a evolução da F. Pedidos objectos pessoais em falta.”
	5	“A mãe telefonou e foram lhe fornecidas informações”
	6	“O pai da F. telefonou a dizer que a jovem queria se servir com colher de sopa e que estava a ficar muito zangada. Não estava a seguir as indicações combinadas. Foi-lhe devolvido que a jovem tinha de ser responsabilizada pelo seu projecto e que tinha conhecimento de como deveria fazer. Não deveria alimentar o conflito, e quando a jovem regressasse iria ser pesada novamente.”
Processo IV	1	“A mãe ligou para saber da jovem”
	2	“A mãe telefonou para saber como a D. passou o dia e foram-lhe fornecidas as informações.”
	3	“(…) a mãe telefonou e evidenciou a sua preocupação pela filha ainda não ter telefonado e referiu ao en ^o que “tenho que falar com a minha filha e se ela estiver bem eu estou bem”. Foi reforçada a importância da individualização entre ambas.”
	4	“A mãe telefonou para saber da evolução do peso referindo que a D. estava muito preocupada com a possibilidade de não aumentar por ter tido diarreia dois dias. Recebeu a chamada da mãe, tom de voz baixo e calmo.”
Processo V	1	“A mãe telefonou tendo sido informada do estado da jovem.”
	2	“A mãe telefonou para a Unidade para obter informações da jovem.”
	3	A mãe ligou duas vezes ao longo do turno para saber informações da jovem. Solicitado que trouxesse roupa (..)”
	4	“A mãe telefonou para saber a evolução clínica da filha; virão amanhã para a reunião familiar.”
	5	“Nota: A mãe ligou 2x a saber da jovem.”
	6	“A mãe entrou em contacto telefónico com a unidade, centrando-se em torno das questões da alimentação.”
	7	“A mãe entrou em contacto telefónico com a unidade, centrando-se em

		torno das questões da alimentação. Reforçados os aspectos positivos e as metas já atingidas; acentuado o processo de crescimento.”
	8	“A mãe entrou em contacto telefónico com a unidade, centrando-se nas questões da alimentação.”

Categoria B - Contacto da família com o/a enfermeiro/a – presencial		
Processo I	1	“Os pais vieram à Unidade conversar com a enfermeira.”
	2	“Nota: A mãe trouxe roupa lavada.”
	3	“Recebeu a visita da mãe com mediação no serviço. [Pequeno período de labilidade emocional em que partilhava com a mãe que estava a demorar muito tempo a atingir os objectivos.] Feito reforço positivo e lembrado jovem do seu esforço e persistência para ultrapassar as várias etapas.”
	4	“[Recebeu a visita do pai, esteve choroso], necessário mediar por diversas vezes a visita.”
	5	“Recebeu a visita da mãe no gabinete, inicialmente muito choroso, refere que quer ter alta], após mediação, fica mais tranquilo”
	6	“Nota: A mãe dirigiu-se à unidade para trazer roupa lavada e levar roupa suja.”
	7	“Nota: Foi contactada mãe do jovem da contingência a nível Hospitalar em que os jovens internados irão ser vacinados”
	8	“A mãe referiu que o jovem apresentou enurese nocturna a partir dos 6 anos de idade, “O médico disse que poderia ser por ter o sono pesado” (sic mãe). Em Abril deste ano, iniciou um tratamento medicamentoso que surtiu efeito. Terminou em Julho. Nesse mês, encontrava-se de férias, tendo apresentado 2-3 vezes enurese nocturna, “tinha mudado de ambiente talvez” (sic mãe). Após questionada, referiu que a sua irmã apresentou enurese nocturna até aos 6-7 anos.”
	9	“A mãe (...) assinou o consentimento para a administração da vacina da Gripe A ao jovem.”
	10	“Saiu com os pais ao exterior durante o horário da visita. De acordo com ambos a visita decorreu sem intercorrências.”
	11	“Saiu da unidade na companhia de ambas figuras parentais, Enf. R., Dra C.P. para almoço terapêutico.”
	12	“Sai para licença de ensaio, orientado relativamente à toma terapêutica e cuidados na alimentação.”
	13	“Regressou à Unidade por voltas das 19h na companhia da mãe. O fim de semana correu bem, segundo a mãe e o L.”
	14	“O L. saiu com alta acompanhado pela mãe.”
Processo II	1	“A avó verbaliza “estás mais gordinha ...” (sic) a R. parece ter ficado um pouco “aflita” com este comentário, foi explicado pela enfermeira aos familiares que este aumento de peso corresponde a um peso saudável mas equilibrado.”
	2	“Recebeu a visita dos pais e foi ao exterior passear com o mesmo. Segundo os mesmos correu bem.”

	3	“Teve almoço terapêutico,”
	4	“A R. veio de L.E., na companhia dos pais, tendo estes referido que decorreu bem, tendo a jovem cumprido na totalidade o plano terapêutico.”
	5	”Saiu de L.E. acompanhada pelo pai, após assinar termo de responsabilidade (...).”
	6	“A R. regressou de licença de ensaio, bem-disposta, sorridente. Veio na companhia do pai e irmã. Segundo o pai, a R. encontra-se significativamente melhor; cumpriu dietas, não tendo efectuado restrições alimentares à hora das refeições.”
	7	“Saiu com alta pelas 18h acompanhada pelos pais, entregue à mãe carta de alta clínica para a Dra G.M., com consulta marcada para dia “x”. Vem dia 20/12 pelas 9h à Unidade para ser pesada.”
Processo III	1	“A F. deu entrada no serviço pelas 9:30, acompanhada pelos pais e irmãs. Feito acolhimento aos pais.”
	2	“Os familiares trouxeram roupa limpa da jovem.”
	3	“foi necessário mediar alguns comportamentos mais regredidos; uma vez que procurava sentar-se no colo da irmã;”
	4	“No almoço terapêutico esteve presente a mãe, o pai e as duas irmãs. A F. colocou os pais à cabeceira um frente ao outro, a médica do seu lado esquerdo e do lado direito a dietista, à frente as irmãs e a enfermeira.
	5	“A F. regressou de L.E. na companhia dos pais e irmã I. [...] De um modo geral a família refere que a F. está melhor. “Menos agressiva ... mais afectuosa” (sic). Contudo, acrescentam “ Mas mantém esta “obsessão” com a comida ...”
	6	“decidiu-se alta da jovem. Saiu com alta clínica pelas 15h. Entregue aos pais receita médica e estes confirmaram que têm cópia da dieta da jovem.”
Processo IV	1	“Recebeu a visita da mãe. Estiveram ambas próximas, sendo que a D. procura sentar-se no colo da mãe. (...) Apresentam dificuldade em separar-se, sendo necessária intervenção da enfermeira para ajudar neste processo.”
	2	“Recebeu a visita da mãe, procurando o seu contacto e comunicando com ela em tom de voz baixo. Quando confrontada, reage com agressividade latente no discurso, sendo que a mãe tende a reforçar a sua aproximação com a filha, reagindo também com agressividade latente dirigida aos profissionais.”
	3	“A mãe da D. refere “Eu assim a vê-la também não consigo (...) eu já pensei em levá-la comigo” (sic). Reforçados os objectivos do internamento junto da D. e da mãe, realizando reforço positivo sobre a evolução já realizada. (...) Após a visita a mãe da D. refere novamente: “Eu sinto-me muito em baixo, ela diz-me que não aguenta e eu também não aguento” (sic). Dado suporte à mãe. Reforçada a importância do internamento e evolução realizada pela D.”
	4	“Foi criado espaço para conversar com a mãe, sendo reforçado o seu

		papel no processo de saúde da filha, sobre a necessidade de ajuda da equipa, valorizando o se papel de mãe. Salientou que quando a filha não está bem ela também não está bem. Foi reforçado a importância de expressar as suas dificuldades, medos, receios com a equipa. A mãe reforçou que hoje as coisas correm bem e ela também está bem. Foi salientado à mãe para ver o prato de alimentação mas refere que já viu ontem.”
	5	“Recebeu a visita da mãe com que foi dar um passeio dentro do recinto do hospital – ambas verbalizaram ter corrido bem.”
	6	Foi contactada a mãe a comunicar a evolução / ↑ peso e sobre o almoço terapêutico às 13h. (...) Foi ao almoço terapêutico com a equipa multidisciplinar/família. Ao servir a refeição estava um pouco nervosa, colocou + comida aos outros e menos no dela, a Dra L.S. à cabeceira e ficou de frente para a mãe com a enfª responsável ao seu.”
	7	“A D. regressou à unidade cerca das 19h na companhia da mãe. Vinha com fâcias aberto, sorriso fácil, ambas, ela e a mãe verbalizaram que a L.E. tinha “corrido muito bem”
	8	“Saiu acompanhada pela mãe manifestamente feliz e referindo expectativas muito positivas relativamente ao futuro.”
Processo V	1	“Os pais da jovem vieram trazer roupa e falaram com a Enfª sobre a evolução da jovem, pareciam estar mais optimistas, mas mantendo alguma prudência, referem tentar estar preparados para alguns retrocessos no processo da jovem, mas acreditando que a I. com a ajuda da equipa fará o “clic” (sic).”

C - Contacto da criança/jovem com a família – telefónico		
Processo I	1	“Realizou um telefonema para a mãe, (...) Recebeu um telefonema do pai.”
	2	“Recebeu telefonema da mãe com agrado.”
	3	“Recebeu dois telefonemas (avó paterna e da mãe) com interesse”.
Processo II	1	“efectuou chamada para a mãe e tios, tendo falado igualmente com os primos e o pai.”
	2	“Telefonou para a mãe e tia, tendo estado adequada.”
	3	“Nota: Recebeu chamada da mãe com agrado.”
Processo III	1	“Realizou telefonema para a mãe.”
	2	“Realizou chamada para a mãe, necessário mediação ao longo da mesma.”
	3	“Telefonou à mãe e posteriormente para casa para falar com todos incluindo o cão.”
	4	“Recebeu o telefonema dos pais, pouco afectuosa, precipitando o terminus da chamada e referindo que não tinha comido tudo.”
	5	“Telefonou 2 vezes para a mãe,”
	6	“Recebeu a chamada telefónica da mãe, tendo falado com esta num tom

		de voz zangada.”
	7	“A mãe telefonou e foram lhe fornecidas informações e falou com a jovem ao telefone.”
	8	“Falou ao telefone com a mãe.”
	9	“Pedi para telefonar à irmã I., durante o telefonema deu um berro e desligou chamada, [...] A irmã telefonou novamente, esteve mais adequada durante a chamada.”
	10	“Recebeu a chamada telefónica dos pais.”
	11	“Ligou para casa e falou com a família.”
Processo IV	1	“Pedi para efectuar telefonema à mãe, com quem conversei de forma tranquila.”
	2	“Recebeu uma chamada telefónica da mãe com aparente agrado.”
	3	“Efectuou chamada telefónica ao pai, verbalizando (“agora já podes vir visitar-me (...) sic D.”).
	4	“a mãe telefonou e evidenciou a sua preocupação pela filha ainda não ter telefonado (...) Conversei com a mãe em tom de voz baixo.”
	5	“Telefonou à mãe e esteve a conversar com um tom de voz baixo. (...) Recebeu o telefonema da mãe e manteve o K. anterior quando telefona e recebe chamadas. Consegui verbalizar que está zangada e triste.”
	6	“Realizou e recebeu chamadas para a mãe, necessitando de ser lembrado término do tempo.”
	7	“Efectuou contacto telefónico com tio materno /padrinho e mãe”
	8	“Fez o telefonema para o pai do telemóvel da mãe [autorizado anteriormente pela médica], como combinado”
	9	“Realizou telefonema para o pai.”
	10	“Realizou telefonema para o pai”
	11	“Realizou telefonema para o primo, apresentando fâcias triste nessa altura.”
	12	“ Recebeu a chamada da mãe”
	13	“Efectuou chamada telefónica para a tia, conversando também com a prima Vanessa.”
	14	“Efectuou chamada para o pai do telemóvel da mãe como combinado.”
	15	“Recebeu telefonema da mãe”
	16	“Telefonou ao pai e conversei de forma afectuosa.”
Processo V	1	“Telefonou à mãe. (...)”
	2	“Fez uma chamada telefónica para o irmão com quem falei de forma aparentemente tranquila.”

D - Contacto da criança/jovem com a família – visita		
Processo I	1	“Recebeu a visita do pai e mãe com muito agrado.”
	2	“Recebeu a visita dos pais e estiveram a conversar de forma afectuosa.”
	3	“Recebeu a visita da mãe com mediação no serviço.”
	4	“Recebeu a visita do pai e da avó paterna com agrado.”
	5	“Recebeu a visita do pai, [estive choroso, necessário mediar por diversas

		vezes a visita.]}”
	6	“Recebeu a visita do pai. [Manteve-se choroso, referindo que quer ir para casa;]”
	7	“Recebeu a visita do pai no gabinete,”
	8	“Recebe a visita do pai e, posteriormente da mãe”
	9	“Teve a visita da mãe”
	10	“Recebeu a visita do pai e da avó materna.”
	11	“Recebeu a visita da mãe e da irmã e esteve a conversar tranquilamente.”
	12	“Recebeu a visita da mãe estando tranquilo.”
	13	“Recebeu a visita da mãe com agrado e satisfação.”
	14	“Teve a visita dos pais em separado”
	15	“Recebeu a visita da mãe; inicialmente foi passear ao exterior com ele, regressando satisfeito com etapa conseguida.”
	16	“Saiu com os pais ao exterior durante o horário da visita. De acordo com ambos a visita decorreu sem intercorrências. Deu continuidade à visita da mãe no interior da unidade.”
Processo II	1	“Recebeu visita dos pais e primo, mostrando-se muito agradada com a presença dos mesmos.”
	2	“Recebeu a visita dos pais da irmã e da avó com grande agrado.”
	3	“Recebeu a visita dos pais; da tia materna e irmã”
	4	“Recebeu a visita dos pais e foi ao exterior passear com o mesmo.”
	5	“Recebeu a visita dos pais e irmã tendo saído ao exterior com os mesmos. Continuou parte do restante período de visita, no interior da Unidade, estando mais próxima da mãe.”
	6	“Foi de licença, regressa quarta-feira antes de jantar.”
Processo III	1	“Recebeu a visita dos familiares (pais e irmãs) no gabinete médico.”
	2	“(…) Tranquila/serena tendo recebido a visita dos familiares na sala de actividades; [...] procurou o afecto dos pais e despediu-se de forma afectuosa dos mesmos.”
	3	“Recebeu a visita dos pais das irmãs na sala de Actividades.”
	4	“Recebera a visita dos pais e das irmãs, esteve muito satisfeita, comunicativa.”
	5	“Recebeu inicialmente a visita das irmãs e cunhado e posteriormente dos pais, esteve afectuosa e adequada.”
	6	“No almoço terapêutico esteve presente a mãe, o pai e as duas irmãs.”
Processo IV	1	“Recebeu a visita da mãe. Estiveram ambas próximas, sendo que a D. procura sentar-se no colo da mãe.”
	2	“Recebeu a visita da mãe, procurando o seu contacto e comunicando com ela em tom de voz baixo.”
	3	“Recebeu a visita da mãe, procurando manter o seu contacto comunicando em tom de voz baixo.”
	4	“Recebeu a visita da mãe. Sempre muito próximas, falando baixo.”
	5	“Esteve na visita com a mãe.”
	6	“Recebeu a visita da mãe.”
	7	“Recebeu a visita da mãe.”
	8	“Recebeu visita da mãe tendo mantido conduta afectuosa no decorrer da

		mesma.”
	9	“Recebeu a visita da mãe tendo mantendo-se afectuosa durante a mesma, com fâcies aberto.”
	10	“Teve a visita da mãe.”
	11	“Recebe a visita da mãe, esteve afectuosa, conversando sobre a vinda dos tios à unidade para visitar a D., mostra grande satisfação em recebê-los.”
	12	“Recebeu a visita da mãe, da tia paterna e da prima, ao longo da mesma, tranquila afectuosa, emocionada por períodos com a presença dos familiares.”
	13	“No decorrer da visita mantém-se no registo de excessiva proximidade física, mesmo quando confrontada por profissional de saúde.”
	14	“Recebeu a visita da mãe e estiveram a conversar de forma afectuosa.”
	15	“Recebeu a visita de mãe, tendo mantido contacto adequado e afectuoso.”
	16	“Recebeu a visita da mãe e dos padrinhos, no gabinete médico.”
	17	A D. recebeu a visita da mãe na sala de actividades,”
	18	“Recebeu a visita da mãe. Chorosa durante a visita, com discurso circular “Eu não aguento mais ficar aqui, se ficar aqui vou ficar maluca (...) Quero ir embora para casa” (sic) “Eu não tenho aumentado peso nenhum, nunca mais vou conseguir sair daqui (...)” (sic).”
	19	“Recebeu a visita da mãe e foi ao exterior passear com a mesma. Posteriormente deu continuidade à visita no hall de entrada a seu pedido.”
	20	“Recebeu a visita da mãe com que foi dar um passeio dentro do recinto do hospital – ambas verbalizaram ter corrido bem.”

E - Contacto da criança/jovem/família com o médico assistente		
Processo I	1	“Esteve na reunião familiar com a Dra C.P. e os pais. (...) Recebeu a visita dos pais,”
	2	“Saiu da unidade na companhia de ambas figuras parentais, Enf. R., Dra C.P. para almoço terapêutico.”
Processo II	1	“Esteve na reunião familiar com a Dr ^a M.M.”
	2	“Presente na reunião familiar com a médica, os pais e a irmã.”
	3	“Teve almoço terapêutico,”
Processo III	1	“Esteve em reunião familiar com a Dra M.A.”
	2	“Após o almoço esteve na reunião de mediação familiar na companhia da médica e pais.”
	3	“No almoço terapêutico esteve presente a mãe, o pai e as duas irmãs. A F. colocou os pais à cabeceira um frente ao outro, a médica do seu lado esquerdo e do lado direito a dietista, à frente as irmãs e a enfermeira.”
Processo IV	1	“Teve reunião familiar, e após a mesma refere que lhe fez muito bem falar com a mãe.”

	2	“Esteve na reunião familiar com a mãe.”
	3	“Teve reunião familiar, um pouco indiferente à discussão sobre a passagem de ano.”
	4	“(…) Após reunião familiar com a Dra M. e com a mãe, a jovem fica mais ansiosa, chorosa e angustiada, verbalizando vontade de abandonar o projecto terapêutico”
	5	“(…) Foi ao almoço terapêutico com a equipa multidisciplinar/família. Ao servir a refeição estava um pouco nervosa, colocou + comida aos outros e menos no dela, a Dra L.S. à cabeceira e ficou de frente para a mãe com a enfª responsável ao seu. Conversou-se acerca dos projectos lá fora.”
Processo V	1	“Contactado médico de urgência (...) que falou com os pais relativamente ao consentimento informado, tendo os pais, aceite o internamento.”
	2	“Após o almoço estive em reunião familiar com a Drª M.A.”
	3	“Teve a reunião familiar, com a Dra. M.A. e pais.”

**APÊNDICE IV – Questionário eletrônico de diagnóstico de
situação**

APÊNDICE IV

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Ano Lectivo 2010/2011

O ENFERMEIRO E OS PAIS/FAMÍLIA DO PRÉ- ADOLESCENTE/ADOLESCENTE COM PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NO CONTEXTO DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE

Projecto de Intervenção em Serviço

QUESTIONÁRIO

Diagnóstico de Situação

O presente questionário enquadra-se no Projecto de Intervenção em Serviço que me encontro a desenvolver na Unidade []. Pretende-se com este a realização do diagnóstico da situação no que respeita à evidência da ajuda que os enfermeiros da unidade fornecem aos pais/família dos pré-adolescentes/adolescentes com perturbação do comportamento alimentar, nomeadamente com Anorexia Nervosa, na sua transição de papel de cuidados (clientes) para cuidadores (recurso terapêutico). Numa fase posterior serão analisados os dados colhidos e apresentados à chefia e equipa de enfermagem, sendo anotadas as sugestões do grupo e planeadas estratégias de intervenção.

A sua opinião e participação são fundamentais para garantir uma correcta adequação das intervenções às necessidades sentidas na sua prática profissional. Assim, solicito a sua preciosa colaboração, agradecendo desde já a cooperação.

Ana Sofia Luís

Questionário

Caracterização

1. Tempo de exercício profissional

2. Tempo de exercício profissional em Pedopsiquiatria

Acolhimento

3. Como é habitualmente o seu primeiro encontro com os pais/família dos pré-adolescentes/adolescentes com perturbação do comportamento alimentar na unidade? Faça uma pequena descrição.

Papel do enfermeiro

4. Que necessidades/qual a sua intencionalidade aquando da comunicação com estes pais/família?

5. O que fala com estes pais/família aquando da sua presença na unidade?

6. Considera que o contacto telefónico destes pais/família com a unidade, poderá constituir um momento privilegiado de ajuda do enfermeiro aos mesmos?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se respondeu sim, especifique em que medida.

7. Reporte-se agora às duas jovens internadas à presente data na unidade com este tipo de perturbação. Consegue descrever algum momento de interacção seu com os pais/família de alguma das jovens?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se respondeu sim, descreva uma dessas interacções.

Plano terapêutico

8. Dê a sua opinião acerca do plano terapêutico estabelecido na unidade para o acompanhamento, tratamento e restabelecimento destes jovens e seus pais/famílias.

9. O que pensa sobre estes jovens não estarem, em nenhuma situação, (à exceção da visita, quando lhes é permitida), acompanhados pelos pais durante o internamento?

Obrigada pela colaboração

**APÊNDICE V – Análise do questionário eletrônico de diagnóstico
de situação**

APÊNDICE V

Questionário Diagnóstico de Situação – Análise dos Dados

CARACTERIZAÇÃO

1. Tempo de exercício profissional

I - 4 anos

II – 5, 5 anos

III – 2 anos

IV – 5 anos

V – 9 anos

2. Tempo de exercício profissional em Pedopsiquiatria

I - 9 meses

II – 3 anos

III – 2 anos

IV – 5 anos

V – 9 anos

ACOLHIMENTO

3. Como é habitualmente o seu primeiro encontro com os pais/família dos pré-adolescentes/adolescentes com perturbação do comportamento alimentar na unidade? Faça uma pequena descrição.

I – “Apresento-me, apresento os profissionais que estejam presente no internamento e apresento o serviço. Procuo saber o nome do adolescente e identificar os membros da família que acompanham o jovem. Posteriormente dou início à colheita de dados e apresentação pormenorizada do funcionamento do serviço. Introduzo logo a possibilidade de as visitas deixarem de poder acontecer nos próximos tempos, para que se possa promover a despedida entre os familiares e a jovem.”

II – “Depende, se for aquando o acolhimento disponibilizo o tempo necessário para proceder ao mesmo, se não for o caso, apresento-me e disponibilizo-me para o que necessitarem naquele momento.”

III – “No meu primeiro encontro com as famílias tento identificar, como em qualquer situação, quais as expectativas, receios, medos procurando essencialmente desmistificar os preconceitos e ideias preconcebidas relativamente ao internamento, dando-lhes maior capacidade de escuta quando lhe for explicado o modo de funcionamento da unidade. Depois disso, procuro explicar-lhes, então, o modo de funcionamento da unidade, enfatizando a colaboração da equipa neste processo de doença que é também deles.”

IV – “Um encontro em que apresento a equipa, os seus diferentes papeis, assim como, discuto o projecto terapêutico com os mesmos. Por outro lado, mantenho-me disponível para ir ao encontro das dúvidas e questões que estes poderão apresentar.”

V – “O primeiro encontro/contacto é quase sempre no momento da admissão do adolescente no internamento. Estes adolescentes raramente entram pela urgência, normalmente são internamentos programados, havendo um momento anterior à admissão em que o médico que interna explica as várias etapas do plano terapêutico. O momento de admissão é muitas vezes um momento de grande tensão descrito por muitos pais como um momento de separação, de despedida. É o momento em que a mim me parece fundamental a criação de uma aliança terapêutica, ou a criação de um ambiente propício para que esta se possa vir a desenvolver.”

PAPEL DO ENFERMEIRO

4. Que necessidades/qual a sua intencionalidade aquando da comunicação com estes pais/família?

I – “Estabelecer aliança com os pais de modo a iniciarmos um projecto terapêutico em comum. Compreender quais os sentimentos e expectativas dos pais relativamente ao internamento. Apoiar os pais/ família nesta etapa.”

II – “Tento tranquilizar os pais, transmitir-lhes confiança por parte da equipa, que estaremos atentos 24h por dia a tudo o que se passa com o seu filho, disponibilizo-me a exporem as suas dúvidas, medos e receios, assim como o que esperam de nós profissionais para poder ir de encontro ao que eles necessitam, e às suas dificuldades em lidarem com a situação actual.”

III – “Ao longo dos encontros/telefonemas procuro empatizar com o sofrimento/angústia desta família que vai ficar separada daqueles com quem sempre partilhou o dia a dia e de quem cuidou desde sempre, entendendo ser de difícil gestão emocional, demonstrando disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e outras informações ao longo do internamento.”

IV – “Fundamentalmente, criar um espaço de construção terapêutico que integre verdadeiramente os diferentes actores envolvidos – profissionais de saúde e figuras parentais.”

V – “A intenção estruturante é em conjunto (com os pais) dar sentido, integrar a situação vivida.

Numa primeira fase a intenção da minha intervenção com os pais centra-se acima de tudo em dar suporte à sua vivência relativamente a toda esta situação, apoiando, integrando as suas dúvidas, ansiedades, angústias. Consolidando a aliança terapêutica. Numa primeira fase o único contrato que têm com os filhos é uma vez por semana em reuniões familiares mediadas pelo médico. É comum ligarem várias vezes ao longo do dia para falarem com os enfermeiros no sentido de terem notícias do filho, este momento é fundamental em termos de intervenção, tanto com a função suporte, como já disse, como através da forma como as informações são transmitidas.

Numa fase posterior parece-me fundamental ajudar os pais a encontrar um padrão comunicacional menos centrado no comportamento alimentar, mais centrado nos aspectos saudáveis dos filhos.”

5. O que fala com estes pais/família aquando da sua presença na unidade?

I – “Das dificuldades que possam estar a sentir, das dúvidas que possam existir e da evolução do jovem.”

II – “O supracitado....E que a equipa fará tudo o que tiver ao alcance para ajudar o seu filho.”

III – “Essencialmente sobre a evolução e estado de saúde da criança/adolescente, por ser o centro das suas preocupações.”

IV – “A minha presença com os pais em momentos posteriores remete-se à possibilidade de valorizar o percurso dos seus filhos, assim como, atribuir significado ao padrão relacional estabelecido na dinâmica familiar. Quando se verifica que os pais em questão estão muito desorganizados (do ponto de vista saúde mental), suscito de forma muito assertiva junto aos mesmos, a importância de um acompanhamento terapêutico em ambulatório.”

V – “Os pais vêm esporadicamente à unidade trazer roupa e as reuniões familiares – estes são momentos privilegiados de interação. Os pais centram normalmente o seu discurso nas refeições dos filhos, se estes estão a cumprir o plano ou não, é fundamental dar resposta a estas questões, confirmando os pais nas suas angústias, mas para além disto parece-me imprescindível perceber como é que eles se sentem, qual a sua vivência relativamente a esta situação e nestas alturas começar a introduzir a temática da separação e do crescimento.”

6. Considera que o contacto telefónico destes pais/família com a unidade, poderá constituir um momento privilegiado de ajuda do enfermeiro aos mesmos?

Sim – I, II, III, IV, V

Não

Se respondeu sim, especifique em que medida.

I – “Sim porque estas jovens não têm a visita dos pais durante semanas e o único contacto que os profissionais têm com os pais é através do telefone. Logo, este será o meio privilegiado para diariamente se fazer a ponte entre a evolução do projecto terapêutico da jovem e o sentir dos pais.”

II – Não responde

III – “Pelo facto de estarem com menos frequência presentes na unidade, este torna-se o momento privilegiado para intervir a nível familiar tendo em conta as necessidades que vão sendo percebidas ao longo do internamento. Para além disso, é possível perceber as necessidades da própria família, dando eventualmente aconselhamentos à própria família para cuidarem de si próprios.”

IV – “Sim, na medida em que os pais normalmente passam muito tempo sem a possibilidade de comunicação com os seus filhos. Um momento especialmente delicado para a

relação entre os mesmos, em que habitualmente os pais estão esmagados por um sentimento de culpabilidade. Torna-se muito importante integrar os pais no projecto terapêutico, comprometendo-os de forma positiva e construtiva. O contacto telefónico viabiliza isso mesmo.”

V – “É um tempo de intervenção privilegiado uma vez que é o meio pelo qual temos mais contacto com estes pais/familiares e onde são expressas as ansiedades mais emergentes, muitas vezes muito centradas no plano alimentar, é fundamental a relação de ajuda/suporte que nestes momentos se estabelece/consolida, dando suporte à vivência dos pais, e ajudando na (re)significação de toda a situação vivida.”

7. Reporte-se agora às duas jovens internadas à presente data na unidade com este tipo de perturbação. Consegue descrever algum momento de interacção seu com os pais/família de alguma das jovens?

Sim – I, II, III, IV, V

Não

Se respondeu sim, descreva uma dessas interacções.

I – “A mãe da jovem estava preocupada com o regresso a casa, como deveria ser o seu comportamento, a sua vigilância das refeições e demonstra dificuldades em identificar os limites necessários colocar à jovem. É ouvida esta mãe, devolvidas as questões para, de forma empática, ajudá-la a encontrar as suas próprias estratégias de adaptação e dada grande relevância à autonomização da jovem. Esta mãe é também apoiada no sentido de conhecer os recursos da comunidade que darão apoio e a quem pode recorrer após a alta da jovem.”

II – “Após um momento de choro compulsivo de uma jovem, e após os pais terem tido conhecimento, ligam para a unidade para falar com o enfermeiro, dado que a jovem ainda não poderia receber chamadas telefónicas devido ao seu projecto terapêutico, cabe-nos a nós tranquilizar os pais, com palavras reconfortantes, mantendo sempre a importância da evolução e do crescimento da jovem.”

III – “Relembro-me de um dos telefonemas efectuados ao fim do dia (como habitual) pela mãe da M. em que a mesma mantinha-se triste e com labilidade emocional, dada a distancia da filha e a demora na evolução da mesma. Nessa altura encontrava-se muito preocupada com a ansiedade da filha em relação a sua própria evolução, revelando medo de que a equipa a medicasse e a “colocasse a dormir o dia todo” (sic). Nessa altura foi esclarecida a sua duvida, mantendo-se ainda assim muito lábil, com humor depressivo. Foi então questionada sobre como ela própria tem ultrapassado esta situação referindo : “Desde que a M. foi internada eu só durmo depois de tomar comprimidos... as coisas em casa também não são iguais... não tenho tanta paciência para o meu

marido...” (sic). Foi incentivada a procurar ajuda especializada e demonstrada disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e ainda para ser apoiada pela equipa da unidade.”

IV – “Remeto-me ao primeiro momento de reunião familiar da jovem A.M. Estive com a mãe da referida jovem no espaço de recepção do serviço, em que procurei apresentar o projecto terapêutico da filha, as suas diferentes etapas. Por outro lado, fiz referência à evolução da sua filha no que se refere ao seu humor, à relação que mantém com os pares, o seu grau de compromisso com o seu plano terapêutico. Por último, mantive-me disponível para valorizar as diferentes dúvidas/questões que a mãe apresentava a propósito do quadro psicopatológico da filha.”

V – “Lembro-me de vários momentos de intervenção telefónica com a mãe da I numa primeira fase quase sempre centrados na questão alimentar “comeu tudo?”, naturalmente respondendo a esta questão, mas fundamental no meu entender é também perguntar como é que a mãe se sente, e ainda referir que a I tem participado nas actividades com grande criatividade, que está integrada no grupo (remetendo para outra dimensão, mais para o vivido social).”

PLANO TERAPÊUTICO

8. Dê a sua opinião acerca do plano terapêutico estabelecido na unidade para o acompanhamento, tratamento e restabelecimento destes jovens e seus pais/famílias.

I – “É realmente um plano rígido e que em determinadas actividades terapêuticas exclui estas jovens, tais como a actividade culinária e saída ao exterior. Porém é um plano que responsabiliza a jovem pelo seu projecto, em que tem recompensas pelo seu esforço e, o facto de ser prolongado no tempo, permite trabalhar a jovem nas diferentes etapas da sua doença.”

II – “Penso que é um plano que a seu tempo tem de ser muito bem repensado e reformulado.”

III – “O plano terapêutico estabelecido na unidade de internamento quanto mim necessitava de ser repensado e talvez ajustado às necessidades das jovens internadas, permitindo que determinada etapa fosse atingida ou reorganizada ao longo do internamento, uma vez que o mesmo e por vezes muito rígido o que acaba por desmotivar as jovens face ao seu projecto.”

IV – “A intervenção clínica de uma forma geral necessita de assumir contornos menos rígidos, e mais consentâneos com o quotidiano de uma criança/jovem dos tempos actuais. Em concreto sobre as/os jovens com Perturbação C. Alimentar os respectivos planos são excessivamente comportamentais, perante o qual, muitas vezes temos a percepção de que não chegamos ao núcleo essencial da patologia que as/os mesmos apresentam.”

V – “O plano terapêutico passa fundamentalmente por um plano estabelecido com estes adolescentes, designado “plano por etapas”, que estrutura várias etapas que estas jovens têm de alcançar em termos de peso para assim conseguirem alcançar objectivos como fazer telefonemas ou ter visitas. É um plano cognitivo-comportamental, talvez até hoje em dia mais comportamental na sua estrutura. Estive presente nas discussões que levaram à criação deste plano por etapas que progressivamente se foi rigidificando, tenho a sensação que inicialmente não só os pesos que definiam as etapas eram personalizados mas também as próprias etapas do plano tendo em conta o que cada adolescente sentia como mais importante. Na base da discussão inicial estive a ideia fundamental de que era importante para intervirmos com os adolescentes e famílias instituir um momento de separação que criasse uma ruptura com o padrão instituído no ceio familiar utilizando espaços de intervenção diferentes com a família e adolescentes. Isto poderá fazer sentido numa primeira fase mas esta fase é demasiado longa nos planos por etapas que estão a ser instituídos, sendo o tempo para se intervir em conjunto com os pais e adolescentes muitas vezes menos de 1/3 de todo o internamento. Isto em minha opinião dificulta em muito todo o processo terapêutico contribuindo para internamentos recorrentes.”

9. O que pensa sobre estes jovens não estarem, em nenhuma situação, (à excepção da visita, quando lhes é permitida), acompanhados pelos pais durante o internamento?

I – “Faz sentido retirar a fonte de conflito para que se possa trabalhar estas jovens de uma forma eficaz e eficiente, promovendo a autonomia e o crescimento destas.”

II – “ Penso que é extremamente importante em determinados casos, para poder proporcionar aos jovens e aos pais um crescimento/afastamento. Ao passo que, noutros casos poder-se-ia repensar, e o contrário também seria deveras importante.”

III – “A questão de os pais permanecerem no internamento com os jovens teria que ser seriamente discutida, pelo facto de exigir uma série de modificações ao nível do funcionamento na unidade, contudo, talvez em algumas situações fosse importante repensar sobre a sua presença. A sua presença talvez fosse importante, na medida em que permitia aos técnicos “trabalhar” a relação filho(a) - pai/mãe/pais/família que é aquilo que fundamentalmente está alterado neste tipo de perturbações.”

IV – “Essa é uma situação que é transversal a qualquer jovem, a qualquer situação clínica no serviço. Estamos muito investido da importância de repensar esse limite, assim como outros também. Está intrinsecamente vinculado ao desenvolvimento do serviço e daquilo que se preconizava no passado.

Penso que é importante um momento inicial de afastamento/ausência dos pais, pois não raras vezes os pais são determinantes na manutenção e agravamento do quadro em si. Todavia, não considero legítimo enquanto serviço que privemos durante tanto tempo as crianças/jovens do contacto afectivo com os seus pais.”

V – “Questiono-me se a nossa intervenção não poderia ser feita mantendo as visitas num período determinado ao longo do dia. Sinto que em algumas situações o conflito que existe é tão marcado que um período curto de separação inicial pode ser vantajoso, mas que isto não se deve generalizar a todas estas jovens. Penso que esta ausência contribui menos do que o esperado para a mudança de padrão comunicacional daquela família, ou para o assumir da mudança de papel do adolescente e da família. Penso cada vez com mais convicção que esse trabalho é mais efectivo na presença conjunta dos pais e adolescente.”

APÊNDICE VI – ARTIGO

“A integração da família no processo terapêutico do pré-adolescente / adolescente com Anorexia Nervosa”

A integração da família no processo terapêutico do pré-adolescente / adolescente com Anorexia Nervosa

LUÍS, Ana Sofia; LOPES, Joaquim *

RESUMO

A anorexia nervosa (AN) em crianças e adolescentes é uma patologia psiquiátrica importante, dadas as limitações físicas e psíquicas que podem comprometer a sua vida. A importância do afastamento ou presença da família junto destes utentes é controversa.

Foi realizado um Projeto de Intervenção em Serviço, com recurso à Metodologia de Projeto, numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, cujo objetivo foi conhecer como é que no referido serviço, a família dos pré-adolescentes/adolescentes internados com AN, é integrada no processo terapêutico.

Na Fase Diagnóstica concluiu-se que os enfermeiros consideram os pais fundamentalmente como um recurso terapêutico. Após conhecer as necessidades da população alvo – os enfermeiros – a linha teórica orientadora do projeto eleita foi a Teoria das Transições, de Meleis.

A Fase de Planeamento pretendeu dar resposta à questão decorrente do diagnóstico e inspirada na teoria de Meleis, “Como é que o enfermeiro pode ajudar estes pais na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico?”

Concluiu-se que a terapia familiar e os grupos familiares psicoeducativos são dois tratamentos de eleição para crianças e adolescentes com AN e que seria benéfica a formação da equipa de enfermagem nestas duas abordagens psicoterapêuticas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem um papel preponderante neste processo, dadas as suas competências específicas.

Como limitações do projeto destacam-se a impossibilidade de realização da Fase de Execução, assim como a escassez de publicações relacionadas com o papel do enfermeiro na abordagem à família da criança/adolescente com AN.

Palavras-Chave: Metodologia de Projeto, Criança e Adolescente com Anorexia Nervosa, Família, Competências, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ABSTRACT

Anorexia Nervosa (AN) on children and teenagers is an important psychiatric pathology, since it may cause physical and psychiatric limitations, which can compromise their lives in the future. The importance of being separated or present among their family is controversial. An Intervention Project in Service (IPS) was conducted, using the Project Methodology, on a Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit, it aims to better understand how can the family of the pre-adolescent and adolescent patients diagnosed with AN be integrated on the therapeutic process.

In Diagnosis Phase we concluded that nurses consider parents primarily as a therapeutic resource. After meeting the needs of the target population - nurses - the guide theoretical line project elected was the Transitions Theory of Meleis.

The Planning Phase intended to give an answer to the arising question of the diagnosis and was inspired on Meleis theory, “How can nurses help these parents on the transition role from customer to therapeutic resource?”

We conclude that the family therapy and the family groups psychoeducation are two treatments to take into consideration for children and adolescents diagnosed with AN. Training nursing staff would be advantageous for these two psychotherapeutic approaches. Psychiatry and Mental Health Nursing Specialist has a leading role in this process, given his expertise.

The limitations of the project highlighted the inability of carrying out the Implementation Phase, as well as the shortage of publications related to the nurse's role on family approach of the child / adolescent with AN.

Key words: Project Methodology, Child and Adolescent diagnosed with Anorexia Nervosa, Family, Competences, Mental and Psychiatric Health Nursing

1 – INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são quadros clínicos frequentemente ligados à modernidade, com aumento da prevalência global da mortalidade e morbidade nas últimas décadas (Cordás & Claudino, 2002). As suas primeiras manifestações ocorrem na infância e adolescência, sendo que os media têm alertado para os hábitos e condutas alimentares e riscos associados (Nakamura, 2004).

A adolescência diz respeito a uma época de mudança e a uma crise evolutiva, que permite reelaborar questões mal resolvidas na infância (Knobel e Aberastury, 1992, cit. por Cobelo *et al*, 2007). É uma fase da vida de extrema importância para a maturação psíquica, fundamental ao estabelecimento de uma identidade adulta e sólida. No entanto,

esta vivência, de diferentes graus de dificuldade, vai depender dos recursos internos que cada um possui para lidar com as situações com que se depara. Com o aparecimento da puberdade, as raparigas são confrontadas com alterações biológicas, mudanças corporais, que se desviam do padrão sociocultural de beleza ideal. O grau de valorização da magreza e a importância que estas lhe atribuirão, dependerá de aspetos da sua personalidade, necessidade de aprovação dos outros, aceitação do ideal sociocultural de beleza e discrepância entre o corpo real e o ideal (Gouveia, 2000, cit. por Neves, 2008).

A Anorexia Nervosa (AN) em crianças e pré-adolescentes é menos comum do que na adolescência, no entanto a sua ocorrência nas primeiras idades adquire uma importância superior devido ao seu impacto na puberdade (Russel, 2006). Num contexto de

internamento com crianças/jovens com PCA torna-se indispensável que a equipa de enfermagem possua conhecimentos sólidos acerca deste tipo de patologia e de doentes. A pedopsiquiatria é dos únicos serviços da infância em que é interdita aos pais, a permanência junto dos filhos internados nas vinte e quatro horas, sendo a sua presença limitada ao momento da visita. Os enfermeiros que trabalham nestes contextos estão como que acostumados à quase ausência dos pais nos seus cuidados.

A literatura sobre a temática da AN na adolescência é relativamente unânime quanto à presença dos pais no internamento destes jovens. A sua presença é vista como pouco benéfica, uma vez que mantém os padrões relacionais habituais do ambiente familiar, não se dando a quebra destas relações, por vezes fusionais, com estes pré-adolescentes/adolescentes.

É sobre o modo como numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA) do nosso país, a família dos pré-adolescentes/adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico, que trataremos neste artigo, com recurso à Metodologia de Projeto.

2 - ANOREXIA NERVOSA

A AN é uma perturbação do comportamento alimentar caracterizada por limitações dietéticas autoimpostas, padrões alimentares bizarros, com marcada perda de peso autoinduzida e sustentada, aliada a um medo intenso de ficar obeso (Busse & Silva, 2004). É menos comum nos rapazes do que nas

raparigas (10% dos casos), mesmo nos pré-púberes. Apresenta a maior taxa de mortalidade entre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% por ano. (APA, 2006), pelo que o seu diagnóstico e início de tratamento precoces são fundamentais.

Russel (2006) distingue entre AN pré-pubertária – a doença tem início antes dos primeiros sinais pubertários (nas raparigas surge antes do aparecimento dos primeiros pelos púbicos e do crescimento mamário e nos rapazes, antes dos primeiros sinais de desenvolvimento dos genitais) e AN intra-pubertária – forma mais comum de manifestação precoce da doença – os primeiros sinais pubertários já ocorreram, mas a puberdade encontra-se incompleta. Nas raparigas a doença precede a menarca (AN “pré-menarca”).

Do ponto de vista dinâmico, a causa da AN parece encontrar-se nas dificuldades na resolução do processo de separação da mãe numa fase precoce do desenvolvimento infantil (Mintz, cit. por Gabbard, 2006). Os indivíduos com estas perturbações foram ao longo da infância, crianças super adaptadas, que nunca deram qualquer problema aos pais e professores, o que pode constituir uma fachada, que encobre problemas de personalidade implícitos (Nodin, 1999).

O terapeuta familiar Minuchin e col. (1978, cit. por Gabbard, 2006) descrevem padrões familiares confusos nas famílias destes pacientes, destacando-se uma marcada ausência de limites entre gerações e pessoas e a inexistência de um sentido de identidade distinta da matriz familiar.

3 - SOBRE A ENFERMAGEM – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O cuidado de enfermagem a clientes com AN requerer dos enfermeiros grande esforço e competência, vigilância constante, orientação e supervisão, sendo necessário o estabelecimento duma relação verdadeira de confiança e de apoio emocional.

Face à necessidade de contextualização do nosso problema no domínio da teoria de enfermagem, surge como referencial teórico a Teoria das Transições de Meleis (2010). Meleis (2010) conceitualizou na sua teoria uma base teórica para o diagnóstico de problemas de enfermagem, centrada nos conceitos de insuficiência de papel e de suplementação de papel. A insuficiência de papel é antecipada e experienciada pelo cliente durante as transições que vivencia. A suplementação de papel é a base conceptual da intervenção de enfermagem. Os seus conceitos centrais são: a transição de papel, a qual se traduz por uma mudança nas relações, expectativas ou capacidades relacionadas com determinado papel, requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, modifique o seu comportamento, ou até que altere o modo como se vê no seu contexto social; a insuficiência de papel, que diz respeito aos problemas potenciais que os indivíduos podem sofrer se não se encontrarem devidamente preparados para a experiência de transição e a suplementação de papel, que é definida como qualquer processo deliberado, pelo qual a insuficiência de papel presente ou potencial é identificada pelo tomador do papel ou por outros significativos e as condições e estratégias de clarificação de

papel e de tomada de papel são usadas para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica, a fim de diminuir, melhorar ou prevenir a insuficiência de papel. Esta pode ser preventiva ou terapêutica.

4 – UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (UIPIA)

A UIPIA tem como missão a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental em regime de internamento à população infantil e juvenil (até aos 16 anos, exclusive) da sua área de influência. Apresenta uma lotação de 10 camas para internamento de crianças e jovens, com situações psicopatológicas agudas e subagudas e com exclusão das situações de toxicod dependência e delinquência. A equipa multidisciplinar reúne diariamente para discutir os casos dos doentes internados.

Quanto à visita da família/pessoas significativas, esta realiza-se de acordo com o Projeto Terapêutico e segundo o Plano de Cuidados de cada criança/adolescente. No caso dos utentes com AN, a visita obedece a normas específicas, atendendo a um plano terapêutico particular, previamente acordado entre a criança/adolescente/família e equipa de saúde, no qual os primeiros são privados do contacto físico e telefónico com a família, numa fase inicial (com a duração de semanas a meses) do seu projeto terapêutico. O enfermeiro apenas contacta com a referida família durante este tempo de restrição, aquando dos telefonemas que esta está autorizada a efetuar para a unidade a fim de solicitar informações sobre o filho ou

nos momentos em que a ela se desloca para realizar a manutenção de bens pessoais.

5 - METODOLOGIA

A metodologia de projeto consiste numa investigação baseada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções adequadas para a sua solução. É uma metodologia promotora da prática baseada em evidência (Ruivo, *et al*, 2010).

O presente Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) parte da questão “Como é que num serviço de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, a família dos pré-adolescentes/adolescentes internados com Anorexia Nervosa é integrada no processo terapêutico?”, a qual surge da observação participante das dinâmicas da unidade, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ao pré-adolescente/adolescente/família com AN.

A amostra é constituída por dez enfermeiros da referida unidade.

Como objetivo delineou-se, conhecer como é que numa UIPIA, a família dos pré-adolescentes/adolescentes internados com AN é integrada no processo terapêutico.

Fase Diagnóstica

Nesta etapa importa definir os problemas do ponto de vista qualitativo e quantitativo, estabelecer as prioridades e indicar as causas prováveis, selecionando, os recursos e grupos intervenientes. Compreende a recolha de dados objetivos e qualitativos (Ruivo *et al*, 2010).

As fontes de dados utilizadas ao longo da realização do diagnóstico foram: o Processo de Cuidados, que compreende a *Observação Participante* e a *FMEA*; os Registos de Enfermagem (consulta) e as Perceções dos Enfermeiros, divididas em *Questionário* e *Focus Group*.

Após análise das mesmas chegase ao diagnóstico de que os enfermeiros consideram os pais fundamentalmente como um recurso terapêutico. A família é pouco investida, mas na cultura do serviço, os enfermeiros têm a expectativa que esta seja um recurso terapêutico.

Revisitando alguns autores, chegamos a alguns pressupostos que apoiam os nossos achados, assim como o diagnóstico de situação, porém encontramos opiniões divergentes que o contrariam e nos fazem crer que o caminho a seguir terá de ser repensado.

Podemos considerar que a literatura aponta tanto pontos contra como a favor do afastamento dos filhos anoréticos do seio familiar. Importa quebrar com padrões de relacionamento prejudiciais pré-estabelecidos, mas por outro lado importa também ter acesso à família para que esta possa ser trabalhada e modificada, visto que a intenção última deste trabalho de ajuda será sempre integrar a criança/adolescente recuperado, no seio do seu núcleo familiar.

Após reflexão sobre os achados, afigura-se em nós a capacidade de compreensão da existência na UIPIA da necessidade de afastar momentaneamente estes pré-adolescentes/adolescentes do núcleo familiar. No entanto, continua a fazer sentido a necessidade de trabalhar

mais de perto com estas famílias, em presença, ao longo do internamento, resignificando-lhes esta necessidade de afastamento.

A aliança com a família é outro aspeto de grande importância, visto que esta é parte integrante no processo de recuperação do familiar doente. Esta deve ser orientada, apoiada e estimulada a participar na continuidade do tratamento, no acompanhamento às consultas, na observação de alterações de comportamento, no apoio nas recaídas e na aceitação da doença (Almeida e Igue, 2004).

Mais uma vez se reforça a importância da família e de com ela construir uma aliança terapêutica. Nos achados resultantes dos dados também conseguimos apurar a contra-atitude que estas jovens geram nos enfermeiros, dada a sua aparente passividade face ao que estão a vivenciar e ao que se passa ao seu redor. Os achados levam-nos a crer que estas são crianças/adolescentes difíceis de cuidar para este grupo de enfermeiros. Apesar de algo contraditórios, os dados revelam a dificuldade em trabalhar com estas famílias, quer seja pela sua inacessibilidade física (pais ausentes do serviço), quer pela ausência de um planeamento estruturado de intervenção sistematizada com as mesmas (por parte da equipa de enfermagem).

Remetendo-nos, por fim à teoria das Transições, é a transição situacional a que mais sentido parece fazer para a nossa problemática, visto que se identifica com a situação de vida que os pais dos pré-adolescentes/adolescentes com AN, se encontram a experienciar. Os pais vêm-

se a transitar do seu papel de pais, para o papel de cuidadores do filho doente; estes vêem-se, em contexto de internamento do filho, a serem solicitados enquanto recurso terapêutico, ou seja, os enfermeiros têm a expectativa que os pais sejam um recurso terapêutico para os filhos, essencialmente numa perspectiva de alta. Os pais, que se encontram eles próprios com necessidades – insuficiência de papel – visto que se defrontam com uma situação desconhecida, que é o internamento de um filho com o diagnóstico de AN, veem-se confrontados com a exigência de se assumirem como um recurso na recuperação e restabelecimento da saúde (física e psíquica) do filho, sem que para isso seja dada, em primeira instância, resposta às suas necessidades – suplementação de papel.

Daí surge a questão a que se pretende dar resposta de seguida: *Como é que o enfermeiro pode ajudar estes pais na transição de papel de cliente para o de recurso terapêutico?*

Fase de Planeamento

Após revisão da literatura em bases de dados como: EBSCO, B-On, PubMed, MEDLINE, CINAHAL, LILACS, SciELO, e tendo por base a Teoria de Meleis pode afirmar-se que os enfermeiros possuem a função de suplementação de papel, podendo, através dos cuidados e das intervenções de enfermagem, auxiliar os pais na sua transição de papel de indivíduos com necessidades afetas à situação de doença dos filhos para o papel de recurso terapêutico.

Podemos então concluir face aos achados literários, tendo em conta as limitações dos mesmos que:

- A terapia familiar (FT) afigurou-se como o tratamento de eleição para crianças e adolescentes com AN e suas famílias, destacando-se nos diversos estudos como a mais eficaz em termos de resultados, quer no imediato, quer no *follow-up*. Existem no entanto, alguns estudos, que chegam a resultados divergentes, no que respeita à FT, defendendo os bons resultados das psicoterapias centradas no adolescente, onde a família não é envolvida nas sessões conjuntas com este.

- Resultados positivos foram também atribuídos aos grupos familiares psicoeducativos (FGP), os quais, dado o menor custo quando comparado com as terapias individuais, podem ser uma mais-valia para o tratamento do utente/família em estudo.

- Destacamos ainda a abordagem Maudsley, a surgir na literatura enquanto vertente da FT, destacando-se enquanto alternativa também menos dispendiosa, uma vez se realiza em regime de ambulatorio, onde paciente e familiares, normalmente os pais, são envolvidos e responsabilizados, de forma negociada, pelo processo terapêutico.

- O guia britânico Eating Disorders do NCCMH (2004) refere-se à FT como importante no tratamento de adolescentes com AN, embora a evidência seja escassa, é consistente. Destaca dois fatores importantes: - as intervenções familiares devem ter o seu foco na PCA e no seu impacto nas relações familiares, sublinhando a necessidade dos pais assumirem o papel central no apoio aos filhos, nas fases inaugurais do tratamento;

- ambas as formas de FT, separada e conjunta, podem ser benéficas.

- Estudos de revisão sistemática da literatura (RSL) destacam a importância da atuação precoce na fase inicial da doença ser diretamente proporcional ao sucesso na recuperação, sendo o tratamento ambulatorio bem-sucedido. Os pais reconhecidos enquanto recurso, ao invés de um obstáculo, contribuem de sobremaneira para o restabelecimento de adolescentes com AN, tratados no período inaugural. O tratamento ambulatorio parece ter maiores benefícios, permitindo o maior envolvimento da família no tratamento.

- No que respeita aos pais/cuidadores, estes também têm necessidades. Importa ao enfermeiro compreender como é que estes sujeitos constroem a doença. Ao possuírem este entendimento, os profissionais de saúde conseguirão adequar a sua abordagem de forma mais direcionada à situação concreta que estes cuidadores se encontram a vivenciar. A literatura é unânime ao considerar as vivências do cuidador/família relacionadas com a AN como física e psicologicamente extenuantes.

- Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que têm um maior contacto com estas famílias, possuem um papel privilegiado e fundamental. Destacam-se no atendimento e apoio que fornecem, assim como na informação que concedem sobre a doença, serviços, apoios e direitos dos prestadores de cuidados, com vista a defendê-los, ajudando a suprir as suas necessidades comprometidas. Só assim estes conseguirão passar ao patamar seguinte, que é o de ajudar os seus filhos a

ultrapassar a doença, servindo-os como um recurso terapêutico.

6 – CONCLUSÃO

O diagnóstico de situação dá resposta ao objetivo delineado: Os enfermeiros consideram os pais fundamentalmente como um recurso terapêutico. A cultura do serviço é relacionar-se com a família enquanto recurso terapêutico e não como cliente/beneficiário dos cuidados. A barreira que constitui o plano terapêutico instituído para estes utentes, quanto à presença dos pais, é o principal obstáculo identificado pelos enfermeiros no estabelecimento e evolução da relação terapêutica e intervenção com a família, pois inviabiliza o contacto destes com os pais ao longo de grande parte do internamento. Também o modo de encararem a família enquanto recurso, e dessa forma delinearem a sua intervenção, partindo do princípio que estes pais não têm necessidades, parece constituir, de acordo com a literatura, uma barreira ao sucesso na ajuda e recuperação do pré-adolescente/adolescente internado com AN e familiares.

Compreendemos, através dos achados da literatura, do observado e do estudado, que a família, apesar de poder ser desencadeadora de patologia, é acima de tudo o suporte e a âncora para o restabelecimento e recuperação da saúde destes jovens. Sem o apoio da família, o “caminho de volta à superfície” é muito mais moroso, penoso e por vezes impraticável. Assim, pensamos que este PIS contribuiu de sobremaneira para alterar a visão da família de pré-adolescentes e adolescentes anoréticos

como causadora de patologia, para uma visão da família detentora de recursos internos que podem e devem ser mobilizados, mas que precisa em primeiro lugar ser olhada como ser coletivo com necessidades, que também carece ser cuidado. A família é um recurso fundamental para estes enfermeiros, mas deve ser olhada primeiramente como cliente, e só após satisfeitas as suas necessidades, que muitas vezes passam apenas por perceber o que se passa com o filho e qual a melhor forma de o ajudar, poderão ser úteis na recuperação do mesmo. A introdução da FT e dos FGP na unidade, dois tratamentos de eleição para crianças e adolescentes com AN e suas famílias, e a sua utilização pelos enfermeiros, seria de extrema importância para que se pudesse mudar o paradigma de visão dos pais como os “culpados da doença” ou como o “recurso terapêutico”. Este investimento por parte dos enfermeiros teria de ter o apoio das chefias e da direção hospitalar, pois são formações que requerem um investimento económico considerável, principalmente a FT. No entanto, parece-nos que o retorno em termos de benefícios na saúde dos clientes seria muito superior e a longo prazo, com influência positiva na taxa de recaídas, compensando em larga escala o investimento inicial na formação de enfermeiros.

Gostaríamos de ter apresentado soluções mais simplificadas e de menor investimento – apesar dos FGP serem uma alternativa bastante económica, uma vez que permitem trabalhar em grupo, evitando as sessões individuais, sinónimo de aumento de recursos humanos e temporais – no entanto em toda a

literatura pesquisada, as soluções/opções foram indo de encontro àquilo que destacámos. Os relatos nacionais são praticamente inexistentes e o que se faz no estrangeiro encontra-se bem documentado, apesar de haver muitas vezes referência nos estudos à escassez dos sujeitos que compunham as amostras, tornado limitativas as generalizações dos resultados. O recurso a documentos orientadores de boas práticas internacionais também nos deu segurança quanto às sugestões que apresentámos. No entanto, importa referir que existe pouco material publicado respeitante à intervenção do enfermeiro, seja especialista ou não, o que nos preocupou inicialmente, mas que após reflexão conjunta nos permitiu concluir que, dada a natureza da nossa especialização, todas as intervenções apresentadas e propostas são passíveis de serem desenvolvidas e realizadas por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. É aqui que começa a nossa diferenciação relativamente aos demais enfermeiros (generalistas ou com especialidades noutras áreas); é aqui que a individualidade da nossa especialidade se manifesta e nos faz reconhecer que podemos fazer muito pelo nosso utente, sem recorrer a outros profissionais, pois temos competência para o ajudar de forma tão ou mais eficaz. Outra limitação do nosso PIS está relacionada com a escassez de tempo, que não permitiu avançar para a Fase de Execução da MP e consequente Avaliação, ficando o mesmo pela Fase de Planeamento.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

📖 Almeida, Jouce; Igue, Cristina – O papel da enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares no ambiente hospitalar. *in Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, 2004

📖 Busse, Salvador; Silva, Beatriz – Transtornos alimentares. *in Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, 2004

📖 Gabbard, Glen – *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006

📖 Meleis, Afaf I. – *Transitions Theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010

📖 Nakamura, Eunice – Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. *in Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, 2004

📖 National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) - *Eating Disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders – National Clinical Practice Guideline Number CG9*. London: The British Psychological Society and Gaskell, 2004

📖 Russell, Gerald – Anorexia Nervosa of early onset and its impact on puberty. *in Childhood feeding problems and adolescent eating disorders*. Cooper, Peter; Stein, Alain. New York: Routledge, 2006

8 - REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

@ American Psychiatric Association (APA) – *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*. [Em linha] 2006 [Consult. 9 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuide ChapToc_12.aspx>

@ Cobelo, Alicia, *et al* - *Transtornos Alimentares e seus Aspectos Psicológicos*. Nutrição Profissional [Em linha] 11, 2007. [Consult. 18 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.redecepan.com.br/artigos/07.05.22/07.05.22.htm>

@ Cordás, Táki; Claudino, Angélica – *Transtornos alimentares: fundamentos históricos*. Revista Brasileira Psiquiatria [Em linha] 24 (Supl. III), 2002, p. 3-6. [Consult. 8 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13963.pdf >

@ Neves, Lúcia - *Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional nas perturbações alimentares*. Tese de Doutoramento em Psicologia [Em linha] Universidade do Minho, 2008. [Consult. 13 Mar. 2011]. Cap. 2 – Perturbações do Comportamento Alimentar, Vinculação e Emoções. Disponível em WWW:<URL:http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9031/2/Tese.pdf>

@ Nodin, Nuno - *A depressão nas perturbações da alimentação*. Análise Psicológica [Em linha] 4 (XVII), 1999, p. 687-694. [Consult. 11 Mar. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n4/v17n4a05.pdf>

@ Ruivo, Maria Alice, *et al* – *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Percursos [Em linha] 15, 2010, p. 2-37. [Consult. 2 Jul. 2010]. Disponível em WWW: <URL:http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf>

*CONTACTOS:

Ana Sofia Frade Cardoso Luís

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
anasofia.frade@gmail.com

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

Doutorado em Enfermagem
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Professor Adjunto Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
joaquim.lopes@ess.ips.pt