



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

DA GESTÃO EMOCIONAL À RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A PESSOAS COM ANOREXIA NERVOSA

Sandra Marisa Sampaio Loio

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**DA GESTÃO EMOCIONAL À RELAÇÃO TERAPÊUTICA
A PESSOAS COM ANOREXIA NERVOSA**

Sob orientação da Professora Doutora Francisca Manso

Sandra Marisa Sampaio Loio

2012

AGRADECIMENTOS

Ao meu Pai, com quem aprendi, pelo seu exemplo e sabedoria. Também a ele pelos pequenos grandes gestos que surgiram mesmo sem ter pedido e por ter acreditado em mim.

À minha Mãe, por me ter transmitido palavras de incentivo e alento.

À Professora Doutora Francisca Manso, pela orientação e oportuna apreciação crítica.

A todos os colegas e demais profissionais com que trabalhei, pela forma atenciosa e profissional como me receberam.

A todos aqueles que me ajudaram, paulatinamente, a viajar de estação em estação, o meu Bem-Haja.

RESUMO

O presente relatório realizado em contexto de estágio, permitiu reflectir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista na área de saúde mental e psiquiatria. O estágio foi efectuado no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital Santa Maria) no Serviço de Internamento de Psiquiatria, Piso 4 e na Clínica da Juventude, integrada no Hospital Dona Estefânia, localizada no Parque de Saúde de Lisboa.

A área temática deste projecto “Da gestão emocional à relação terapêutica a pessoas com anorexia nervosa” teve como questão de partida, “Como facilitar o processo terapêutico, de forma a estabelecer um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, da pessoa com Anorexia Nervosa?”.

As intervenções de enfermagem de cariz sócio e psicoterapêuticas realizadas, foram objecto de análise e reflexão. É ao nível das práticas que o enfermeiro em formação constrói as suas competências, a sua personalidade e a sua profissionalidade articulando duas lógicas: a acção e a reflexão sobre a acção.

O relatório descreve o caminho percorrido, demonstrando os diferentes momentos de aprendizagem, inerentes a cada fase experienciada, dando especial ênfase ao autoconhecimento e à gestão emocional, enquanto condição fundamental para estabelecer uma relação terapêutica.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; Relação terapêutica; Enfermagem de Saúde Mental.

ABSTRACT

This report, performed in traineeship context, allowed to reflect on the mental health and psychiatry nurse specific skills. The traineeship was performed at Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (Hospital Santa Maria) in Inpatient Psychiatry Department, 4th floor and in Clínica da Juventude, integrated in Hospital Dona Estefânia, located in Parque da Saúde, Lisbon.

The project's thematic area was "From emotional management to therapeutic relationship to persons with anorexia nervosa" the starting point was "How to facilitate the therapeutic process in order to establish an environment that promotes personal development, in people with Anorexia Nervosa?"

Nursing interventions, socio and psychotherapeutic oriented, were planned, implemented and developed under analysis and reflection. Is in the practice field that the training nurse builds their skills, personhood and professionalism, articulating two logics: action and reflection on action.

The report describes the followed path, showing the different learning stages attached at each experienced step, emphasizing on self-knowledge and emotional management, as an essential condition for establishing a therapeutic relationship.

Keywords: Anorexia Nervosa; Therapeutic Relationship; Mental Health Nursing.

GLOSSÁRIO

Siglas e abreviaturas

AN - Anorexia Nervosa

APA - *American Psychiatric Association*

CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

DCA - Doenças do Comportamento Alimentar

Dr.^a - Doutora

EPE - Empresa Privada do Estado

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HD - Hospital de Dia

HDE - Hospital Dona Estefânia

HSM - Hospital Santa Maria

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

PCA - Perturbações do Comportamento Alimentar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIECE- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

SMP - Saúde Mental Psiquiátrica

INDICE

INTRODUÇÃO	9
1. FORMULAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	10
2. A ANOREXIA NERVOSA UMA DOENÇA ENIGMÁTICA	13
2.1. EMOÇÕES OMNIPRESENTES NA EXPERIÊNCIA HUMANA DO CUIDAR À PESSOA COM AN.....	17
2.2. O CUIDAR EM SAÚDE MENTAL: DA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU À TEORIA DOS SISTEMAS DE NEUMAN.....	22
2.3. DA ESSÊNCIA DO CUIDAR À RELAÇÃO DE AJUDA COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO	28
2.4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	33
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	35
3.1. CONTEXTO DE ESTÁGIO	36
3.1.1. Finalidades e Objectivos.....	37
3.1.2. Objectivos gerais	37
3.1.3. Objectivos específicos	37
4. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL	39
4.1. ANÁLISE REFLEXIVA E AVALIAÇÃO DE ALGUMAS INTERVENÇÕES EFECTUADAS NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA.....	39
4.1.1. O Diário como instrumento terapêutico.....	40
4.2. O DESENVOLVIMENTO DE TERAPÊUTICAS EXPRESSIVAS: A ARTE TERAPIA VS A TERAPIA PELA ARTE EM ESMP, NO CONTEXTO TERAPÊUTICO	44
4.2.1. A Janela das Emoções	44
4.2.2. O Álbum de Família: Um instrumento catalisador de emoções	49
5. ESTÁGIO NA COMUNIDADE	52
5.1. ANÁLISE REFLEXIVA E AVALIAÇÃO DE ALGUMAS INTERVENÇÕES REALIZADAS NO INTERNAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA E NO HOSPITAL DE DIA.....	53
5.1.1. A Silhueta: O lugar do corpo no espaço do cuidado terapêutico	54
5.1.2. Almoço Terapêutico: a evidência da dinâmica familiar	56
6. AS QUESTÕES ÉTICAS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	60
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	73
ANEXO I: OS QUATRO PARADIGMAS SEGUNDO BETTY NEUMAN	74
ANEXO II: DIÁRIO DE APRENDIZAGEM	76
ANEXO III: ESTUDO DE CASO	84
ANEXO IV: PLANO DE INTERVENÇÃO.....	99

Relatório de Estágio

ANEXO V: CERTIFICADO DA PARTICIPAÇÃO NO XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE ARTE-TERAPIA	101
ANEXO V: PLANO DE INTERVENÇÃO	103
ANEXO VI: PLANO DE INTERVENÇÃO	105
ANEXO VII: PLANO DE INTERVENÇÃO	107
ANEXO VIII: PLANO DE INTERVENÇÃO	109
ANEXO IX: REGRAS DO INTERNAMENTO PARA CLIENTES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR	111

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende descrever o percurso de estágio de natureza profissional e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais especializadas para a prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e a reflexão inerente à aquisição das mesmas. O projecto de estágio desenvolveu-se de acordo com o Plano de Estudos da ESEL, através da metodologia de projecto.

A problemática eleita surgiu da necessidade identificada em contexto de trabalho, associada ao meu desempenho profissional no Departamento de Neurociências, mais especificamente no Serviço de internamento de Psiquiatria de Agudos, de um Hospital Central de Lisboa.

Desde o início do meu percurso de formação fui levada a reflectir sobre a importância do autoconhecimento, a gestão emocional, entre outras competências intra e interpessoais, enquanto condições fundamentais para estabelecer uma relação terapêutica.

A temática a estudar surgiu enquanto Enfermeira em Saúde Mental e Psiquiatria, no cuidar a pessoas com Anorexia Nervosa. Estas, encontram-se em situações de grande fragilidade física e emocional e são consideradas “doentes difíceis” e “manipuladoras”, gerando sentimentos contraditórios, levando por vezes a um desinvestimento terapêutico por parte dos técnicos. Neste contexto, o cuidar pode ser visto como um processo complexo, onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da vida e da humanidade. O cuidar pode começar quando o enfermeiro entra no espaço psicossocial e emocional do Outro, ou seja, no campo fenomenológico da pessoa, sendo capaz de perceber a sua condição existencial, compreender o sofrimento e responder às condições de tal modo que esta seja capaz de manifestar os seus pensamentos e sentimentos subjectivos. Desta forma, verifica-se um fluxo comunicacional intersubjectivo entre o enfermeiro e a pessoa com Anorexia Nervosa.

O complexo processo do cuidar é um ponto de partida fundamental para o desenvolvimento da relação interpessoal. É na prestação diária de cuidados que surgem algumas dificuldades em manter os limites terapêuticos e gerir adequadamente as emoções.

1. FORMULAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A Anorexia Nervosa é um fenómeno emergente nos contextos clínicos. É uma das Perturbações do Comportamento Alimentar mais comuns em adolescentes do sexo feminino e com mais repercussões no estado de saúde física, por inadequação dos padrões alimentares.

A pessoa com esta doença faz uma sobrevalorização do significado do peso e da imagem corporal, Bouça (2002), Carmo (2001) e Sampaio (2002).

As pessoas apresentam comportamentos mórbidos direccionados exactamente para a perda do seu peso, quer através da diminuição da ingestão de alimentos ou jejum, quer através de mecanismos compensatórios, como os purgativos (Carmo, 2001).

A preocupação excessiva, doentia, tanto com o peso como com a imagem corporal, está directamente relacionada com a sua percepção e auto-estima conduzindo a padrões alimentares ritualizados susceptíveis de porem em risco a própria vida (Bouça e Sampaio, 2002).

Podem pôr em risco a própria vida porque levam a diversas e graves alterações que se traduzem do ponto de vista clínico por alterações **hematológicas** - leucopénia, linfocitose; **metabólicas** - alcalose metabólica, hipocaliémia, hipoglicémia, hiperamilasémia, hipercolesterolemia, hiper-carotinémia; **endócrinas** - diminuição das gonadotrofinas e da triiodotironina, aumento da hormona do crescimento e do cortisol.

Podem também surgir algumas complicações médicas: **cardiovasculares** - bradicardia, hipotensão, arritmias, edema, insuficiência cardíaca; **neurológicas** - convulsões; **endócrinas** - amenorreia; **esqueléticas** - diminuição do crescimento, osteoporose; **estomatológicas** - erosão do esmalte, cáries; **gastro-intestinais** - aumento das glândulas salivares, atraso do esvaziamento gástrico, dilatação gástrica aguda, síndrome da artéria mesentérica superior, obstipação e pancreatite aguda; **metabólicas** - hipoglicémia e desidratação.

Nos últimos anos têm-se assistido a um aumento da incidência desta doença em jovens adolescentes. Os vários estudos têm-se centrado em torno dos factores etiológicos e da co-morbilidade associada.

Calcula-se que a incidência da Anorexia Nervosa seja 0.5%-4% das mulheres em sociedades industrializadas (APA, 2000 citado por Newton, 2005), um estudo realizado por Hudson et al (2007 citado por Kraft e Kraft, 2009) concluiu que a taxa de incidência é de 0.3% nos homens e 0.9% nas mulheres. Calcula-se que a taxa de mortalidade por Anorexia Nervosa se situe ente 5% a 18%.

Efectivamente, segundo Katona e Robertson, (2009, p.50), “noventa e cinco por cento dos casos correspondem a mulheres; 85 por cento têm início entre os 13 e os 20 anos”, acrescentando que “nos homens, a doença tem um início mais tardio (normalmente entre os 17 e os 24 anos)”, sublinhando que “foram registadas taxas de prevalência de 1 a 2 por cento em raparigas em idade escolar e em estudantes universitárias” e concluindo, em termos de prevalência, que “as taxas mais elevadas são verificadas nas classes socioeconómicas mais altas”.

Um estudo realizado por Andrist (2003 citado por Cave, 2009) conclui que crianças a partir dos 5 anos começam a demonstrar preocupação com o peso e desejo de serem magras, contudo o início da AN tende a ocorrer entre os 10 e os 30 anos (Kaplan e Sadock, 2007) com maior incidência no início da adolescência (13-18 anos) (DSM-IV-TR, 2006).

Mesmo as pessoas recuperadas ponderalmente tendem a manter preocupações excessivas com o peso, fracos relacionamentos sociais, problemas interpessoais e sintomatologia depressiva e apenas cerca de 50% recuperam totalmente (Anderson, 1997 citado por Ramjan, 2004)

Os autores como Apfeldorfer (1997), Grondin e Phaneuf (2000), Mary Story (2001), Townsend (2002), Kaplan e Sadock (2007), Kraft e Kraft (2009), McGuiness (2009) e Katona e Robertson (2009), corroboram a ideia de que a AN consiste numa patologia em que a pessoa recusa a ingestão de alimentos, manifestando um forte interesse em diminuir o peso. Segundo vários autores a etiologia é multifactorial e envolve variáveis biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais.

Os autores, Gameiro (1999), Oatley e Jenkins (2002), Turner (2003), Goleman (2006), Damásio (2008 e 2009) e Chalifour (2008), corroboram a ideia que existem vários tipos de emoções: (primárias e secundárias, além de positivas ou agradáveis e negativas ou desagradáveis) e salientam a sua influência na saúde da pessoa. Neste contexto torna-se importante compreender como as emoções emergem na relação do cuidar, com o objectivo de melhorar a sua qualidade nos cuidados prestados.

Na realidade, ao longo destes cinco anos que trabalho em Psiquiatria, foi-me muito difícil lidar com comportamentos manipuladores, sedutores, apáticos e agressivos das pessoas com AN, desencadeando emoções e vulnerabilidades.

Efectivamente, estes aspectos supra-referidos não deixam de envolver emocionalmente quem procura cuidar estas pessoas na situação de internamento. Daí que as emoções têm um grande impacto na actuação enquanto profissional e a necessidade de uma boa gestão das mesmas, para encontrar consensos e eliminar conflitos. Neste âmbito, parti de uma questão que procurei dar resposta, ao longo das actividades desenvolvidas, durante os meus estágios.

- Como facilitar o processo terapêutico, de forma a estabelecer um ambiente promotor do desenvolvimento pessoal, da pessoa com Anorexia Nervosa?

2. A ANOREXIA NERVOSA UMA DOENÇA ENIGMÁTICA

Os estudos que sustentam o quadro conceptual foram pesquisados através da consulta de periódicos e livros da especialidade (DCA), disponíveis na biblioteca do Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar. Foi também efectuada pesquisa na base de dados EBSCO (*CINAHL Plus with Full Text*, *MEDLINE with Full Text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register* e *E-Journals Database*), em texto integral, publicados entre 01.01.2002 e 03.01.2012, com as palavras-chave: anorexia nervosa; relação terapêutica; gestão emocional; sentimentos e emoções.

Os hábitos alimentares e os estilos de vida adoptados pelos adolescentes podem comprometer ou beneficiar a saúde. Estes em articulação com outros factores podem desencadear, especialmente na adolescência, distúrbios do comportamento alimentar, designadamente a Anorexia Nervosa (Matos, 2002).

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (Ruzany et al, 2000; Azevedo, 2008). É uma fase especial no desenvolvimento humano que determina mudanças no indivíduo e o conduz à maturidade. No entanto, podemos encontrar obstáculos que vão influenciar o rumo a uma vida adulta saudável, principalmente aqueles que estão relacionados com a construção da auto-estima e da saúde mental, indispensável perante os desafios da vida (Oliveira et al, 2006).

A integração em grupos sociais, a necessidade do reconhecimento dos seus valores, o companheirismo dos amigos do grupo e o apoio familiar funcionam como a base de uma construção, interligando a auto-estima e a sociabilidade.

Os modelos de identificação deixam de ser os pais para passarem a ser os pares, num processo de autonomia e de individualização (Monteiro, 2002).

A adolescência “consiste talvez em fazer experiência de paradoxos, em desenvolver a paciência e a tolerância face ao sofrimento que daí advém, até que estes paradoxos encontrem pouco a pouco, com a entrada na idade adulta, senão a sua resolução, pelo menos a sua aceitação”, Braconnier (2000, p.26).

Sabe-se também que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro (Ruzany et al, 2000; Azevedo, 2008).

É considerado um período de crise/mudança, situando-se entre dois pólos importantes: dependência (protecção) e independência (autonomia), caracterizando-se por contradições, confusões, ambivalências, conflitos com os pais e com a função parental, e de procura de identidade e autonomia (Correia et al, 1990).

Na mesma linha de pensamento Meleis e Trangenstein (1994, p.256) defendem que a adolescência pode ser entendida como uma transição, ou seja, “uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de uma complexa interacção entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais que uma pessoa e assenta no contexto e na situação”.

Como afirma, Sampaio (1994), a adolescência é uma fase de vida, ou uma etapa de desenvolvimento, merecedora de uma atenção especial, na medida em que os jovens começam a demonstrar preocupação com o peso e o desejo de serem magros conduzindo a distúrbios do comportamento alimentar.

A Anorexia Nervosa consiste na “perda de apetite e peso, repugnância dos alimentos, fraqueza, vertigens, desmaios, magreza, distorção da imagem de si mesma (a pessoa acha-se sempre gorda), sensação de inchaço, períodos de apetite incontroláveis, vômitos provocados, abuso de laxantes, deficiência alimentar” (Grondin e Phaneuf, 2000, p.77).

As patologias do comportamento alimentar podem estar relacionadas com distúrbios da interacção mãe-filho e com manifestações nefastas no desenvolvimento do ego (Townsend, 2002). Principalmente quando a mãe dá resposta às necessidades físicas e emocionais da criança através da alimentação, antes que esta possa esboçar o seu desejo. A criança associa a alimentação, ao seu relacionamento com a mãe, atribuindo-lhe um significado de controlo, sobretudo porque é algo que a mãe decide por ela e que não está vinculada à sua própria necessidade física. A criança ou a jovem com AN apresenta dificuldade em identificar a sensação de fome.

Bruch (1972) evidencia que há uma dificuldade em identificar sensações físicas e, em particular, a fome que está relacionada com um fracasso no processo anterior de aprendizagem. O autor observou que a preocupação excessiva com os alimentos e com o peso é uma ocorrência relativamente tardia, representando um distúrbio maior do auto-conceito e da auto-estima.

O início da AN dá-se, habitualmente, a partir de uma situação de conflito intrapessoal e uma dieta na adolescência. Outros métodos para diminuir o peso vão sendo acrescentados a qualquer momento, nomeadamente, exercício físico intenso, vômito auto-induzido e uso abusivo de laxantes.

O curso desta doença é muito variado, desde a total recuperação, ou recuperação após múltiplas intervenções e tratamentos, a flutuação entre períodos de melhoria e agravamento da sintomatologia e a evolução para a cronicidade com evolução deteriorante, conduzindo à morte por desnutrição. Aparentemente a Anorexia Nervosa do tipo restritivo parece ter a menor taxa de recuperação.

Os familiares e amigos da pessoa com AN têm dificuldade em compreender essa repulsa, e recusa aos alimentos, e, por isso, sentem a necessidade de recorrer a ajuda, solicitando o tratamento e, em certos casos, a hospitalização.

O internamento geralmente ocorre quando a desnutrição põe em risco a vida ou quando a pessoa não responde ao tratamento em regime ambulatorio, tendo como principal objectivo a restauração do estado nutricional e principais complicações decorrentes deste estado. No internamento é negociado o regime de visitas, de saídas do hospital e de outros “benefícios” em troca da aceitação de se alimentarem e aumentar de peso. Este procedimento deriva da abordagem cognitivo-comportamental.

A Terapia cognitivo-comportamental “é uma intervenção semi-estruturada, objectiva e orientada para metas, que aborda factores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos” (Duchesne e Almeida, p. 49, 2002).

Segundo os mesmos autores, os transtornos alimentares são determinados por vários factores e resultam da interacção entre o biológico, o cultural e experiências pessoais.

Para Raich (2001), este modelo terapêutico apresenta uma elevada eficácia, dado que dá mais importância aos factores que a pessoa com AN apresenta. Assume, assim, uma função didáctica, na medida em que, visa aumentar o conhecimento das pessoas com distúrbios alimentares em relação à comida, ao acto de comer e às repercussões da alimentação no peso corporal.

A abordagem cognitivo-comportamental tem como finalidade, o restabelecimento de hábitos alimentares adequados e a redução da insatisfação com a imagem corporal, visando promover o autocontrolo, pelo facto de se tratar de um processo activo, cabendo à pessoa, a responsabilidade pela mudança. Para se concretizar o primeiro pressuposto, todos os esforços são dirigidos para a motivação da pessoa a realizar uma mudança no comportamento alimentar alterado, visando restabelecer o peso; normalizar os horários das refeições e quantidades de comida ingeridas. Para se atingir o segundo pressuposto é preciso diminuir a ansiedade que o peso gera nestas clientes, introduzindo os alimentos, combatendo os pensamentos, expectativas e crenças distorcidas sobre o seu corpo, sobre o peso e valor nutricional dos alimentos, fazendo com que enfrente situações que antes tendia a evitar. Este último, aspecto representa-se, principalmente, pela reestruturação cognitiva aplicada aos pensamentos relacionados com a imagem corporal, identificando os esquemas cognitivos e tentando que a pessoa reconheça as alterações e possa modificá-los. É uma característica nas pessoas com AN, a “alteração” de esquemas cognitivos, associados a padrões emocionais. Os primeiros manifestam-se pela dificuldade em reconhecer a perda de peso, dado que apresentam dificuldade em admitir que possuem esta doença. Contudo, há que referir que alguns estudos (Crisp, 1980; Garfinkel e Garner, 1982) revelaram que apesar de estas pessoas negarem a existência de um problema, ao estabelecerem uma relação terapêutica com os profissionais de saúde, iniciam um longo processo de modificação destes mesmos esquemas.

Ainda, de acordo com Raich (2001), a participação da família é fundamental no processo terapêutico, dado que melhora o estado actual da pessoa como, igualmente, o ajuda a manter. No caso das pessoas com Anorexia Nervosa, o apoio e a participação aos pais é imprescindível na reestruturação da dinâmica familiar, de forma a identificar e resolver os conflitos e problemas, por vezes latentes. É de salientar que muitos pais, por vezes, resistem ao tratamento, sentindo-se “culpados” pela situação clínica. Assim sendo, é de extrema relevância o apoio psicoterapêutico aos pais, permitindo-lhes compreender melhor a situação e restabelecer o equilíbrio familiar.

Desde os primeiros encontros com a família, é importante estabelecer uma relação de confiança e abrir um espaço ao diálogo. A terapia familiar tem a função de suporte e também de acolher os sentimentos de culpa, raiva, hostilidade e a sensação de impotência, frequentes na família das pessoas com transtornos alimentares.

A abordagem familiar é um importante instrumento para a equipa terapêutica, pois permite que a família se torne uma aliada da equipa nos esforços, com vista à recuperação da pessoa (Russell G; Szmukler G; Dare C; Eisler I., 1987).

2.1. Emoções Onnipresentes na Experiência Humana do Cuidar à Pessoa com AN

No decorrer deste relatório, descreve-se a importância das emoções no cuidar a pessoas com Anorexia Nervosa, na medida em que as emoções e sentimentos são entidades capazes de assegurar o estabelecimento de relações interpessoais (Cunha, 2000).

Bruch (1962, 1973 e 1982, citado por Laquatra e Clopton, 1994) sugeriu que a dificuldade para discriminar e expressar sentimentos, assim como para diferenciar estados emocionais e sensações corporais, constituem um défice central nas perturbações do comportamento alimentar.

Estudos posteriores confirmaram a relação entre alexitimia e as perturbações alimentares (Cochrane et al., 1993; Jimerson et al., 1994; De Groot et al., 1995; Taylor et al., 1996; Rastam et al., 1997; Guilbaud et al., 1999 e Corços et al., 2000).

Taylor et al. (1996) declara que nas perturbações do comportamento alimentar surge um défice no processamento da emoção, mas não no estilo cognitivo operativo. Este autor, num estudo realizado em 1996, onde a amostra englobava um grupo de anoréticas, em contexto universitário e do sexo feminino, afirma que os resultados indicaram uma correlação positiva entre a alexitimia e vários traços psicológicos e cognitivos característicos de doentes com perturbações alimentares, bem como a inexistência de relação entre a alexitimia e os comportamentos específicos relacionados com o padrão alimentar, o peso e a imagem corporal.

Anteriormente Bourke et al. (1992) tinham afirmado que nas perturbações alimentares, a alexitimia não é consequência da passagem do tempo, nem da desnutrição, mas que se trata de um traço da personalidade.

Em 2000, Beales e Dolton desenvolveram um estudo com o objectivo de comparar os traços de personalidade e o grau de alexitimia num grupo de mulheres com distúrbios alimentares activos (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) e num grupo de mulheres recuperadas destas perturbações. Os resultados demonstraram que o grupo de mulheres com a patologia alimentar apresentava valores mais elevados de solidão, introversão e alexitimia.

Também, Espina et al. (2001), num estudo sobre alexitimia, família e distúrbios alimentares verificou que o grupo das perturbações alimentares apresentava uma taxa elevada de alexitimia em relação ao grupo representativo da população geral. As diferenças basearam-se na dificuldade para processar cognitivamente as emoções.

De facto, os seres humanos destituídos de emoções não conseguiriam escolher entre várias alternativas comportamentais, encararem-se a si próprios, participarem e envolverem-se em comportamentos interpessoais. Do mesmo modo que a linguagem e os complexos sistemas culturais que são possibilitados pela linguagem “as capacidades emocionais dos seres humanos são aquilo que torna os padrões de organização humana viáveis”, como sublinha Turner (2003, p.173).

Segundo Goleman (2006), o significado preciso do termo emoção tem vindo a ser objecto de controvérsias entre os profissionais de saúde, desde há mais de um século. No seu sentido mais literal, para este autor uma emoção é, assim, um estado geralmente causado por um acontecimento de importância para a pessoa. Normalmente, inclui um estado mental consciente com uma qualidade reconhecível de sensações e dirigido para um objecto.

Goleman (2002) com base nos estudos realizados por Salovey e Mayer, nos anos 90, identifica cinco qualidades parciais distintas: a auto-consciência que descreve como sendo o conhecimento das nossas próprias emoções; a gestão das emoções que interpreta como sendo a capacidade de lidar com as sensações de modo adequado; a auto-motivação que analisa como sendo a capacidade de nos motivarmos a nós próprios; a empatia como sendo o reconhecimento das emoções de outrem e finalmente a gestão de relacionamentos que define como sendo o relacionamento com base na capacidade de gerir as emoções, de ambas as partes da interacção. As três primeiras: auto-consciência, gestão de emoções e auto-motivação são competências pessoais (intrapessoais) e “determinam a forma como nos gerimos a nós próprios” (Goleman, 2005, p.34).

As restantes, empatia e gestão de relacionamentos são competências sociais (interpessoais) e “determinam a forma como lidamos com as relações” (Goleman, 2005, p.35).

Ainda, para este autor (2002) a pedra angular das competências emocionais básicas é o auto-conhecimento. Esta consciência das emoções é a competência emocional básica sobre a qual todas as outras se constroem.

De facto, a gestão de emoções é o sentido de autodomínio, é uma capacidade que nasce do auto-conhecimento, sendo a chave para o bem-estar emocional. Emoções como o medo, a ira ou a tristeza são considerados mecanismos de sobrevivência e parte integrante da nossa dotação básica emocional. As pessoas a quem falta a capacidade de gestão de emoções estão constantemente em luta com sentimentos de angústia, enquanto as que a possuem em alto grau recuperam muito mais facilmente das adversidades (Goleman, 2003).

Goleman (1999), enunciou oito aspectos, que podem impedir esta gestão emocional: a ambição cega; a definição de objectivos irrealistas, a entrega compulsiva ao trabalho; a pressão sobre os outros e a cegueira acerca dos custos emocionais que lhes provoca; a sede de poder; a necessidade insaciável de reconhecimento e a preocupação com as aparências, num referencial de avaliação e uma necessidade de manter uma imagem de perfeição.

Para Diogo (2006), o estudo da literatura revelou que a emoção é o próprio centro da vida mental humana. A emoção liga o que é importante para nós, com o mundo das pessoas, das coisas, dos acontecimentos.

A emoção é entendida como fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos actos e pensamentos o encanto, a razão de ser, o impulso vital e é graças a ela que nos “ligamos” aos outros, ao mundo, a nós próprios.

Por sua vez Damásio (2003), menciona que a emoção nasce primeiro, seguida pelo pensamento, e que o sentimento se segue sempre à emoção como uma sombra. O sentimento permite que as emoções se tornem conscientes para quem as experimenta. A repressão, inibição ou negação das emoções e sentimentos é tão prejudicial como a experiência emocional extrema, podendo manifestar-se através de doenças psicossomáticas.

De acordo com Bisquerra (2008), a emoção conduz a um processo de vivência e valorização emocional, que predispõe a uma resposta organizada, a uma acção.

Esta resposta, por seu lado, será influenciada pelas pessoas envolvidas, pela situação social e pelo ambiente, em concreto.

O autor refere que, como consequência desta valorização emocional sobressaem três categorias de emoções: as emoções negativas como a Ira, o Medo, a Ansiedade, a Tristeza, a Vergonha e a Aversão, as emoções positivas como a Alegria, o Humor, o Amor e a Felicidade e as emoções ambíguas como a Surpresa, a Esperança e a Compaixão.

Como a interpretação e a valorização de uma determinada emoção, varia de pessoa para pessoa, é fundamental descrever cada tipo de emoção mencionada, com o objectivo de facilitar a sua categorização.

Assim, segundo Bisquerra (2008, p. 100-105), a Ira “é uma reacção de irritação, fúria ou cólera, desencadeada pela indignação/frustração do sujeito não ver respeitados os seus direitos”. O Medo pode ser definido como a “emoção que se experimenta quando se está na presença de um perigo real e iminente, sendo activado por ameaças ao nosso bem-estar físico ou psicológico”. A Ansiedade é a antecipação de um perigo futuro, indefinido e imprevisível, cujas consequências se desconhecem.

Sucedem-se a Tristeza, que reflecte “a experiência de uma perda insubstituível”, fomentando, muitas vezes, uma perda da própria sensação de prazer face a actividades. A Aversão é definida como sendo “um conjunto de emoções que implicam o sentimento de repulsa face a algo ou a alguém”. Finalmente como emoções negativas, define a Vergonha, como sendo um sentimento de perda de dignidade e de humilhação exteriorizando-se por uma reacção negativa para consigo mesmo.

No que concerne às emoções positivas, Bisquerra refere que a Felicidade é “a forma de valorizar a vida no seu conjunto”, a Alegria “é a emoção que determina um êxito sendo motivada por acontecimentos considerados positivos e satisfatórios”. Por sua vez, o Humor, está relacionado com a disposição que a pessoa apresenta para desempenhar as tarefas. O Amor “é a emoção que um indivíduo experimenta face a outra, manifestando-se pelo desejo de estar com outro” e por último temos a Felicidade que se define como sendo a “forma de valorizar a vida no seu conjunto” (Bisquerra, p.107).

Finalmente, as emoções ambíguas são nomeadas como tendo uma conotação positiva ou negativa, dependendo da pessoa e do contexto.

No que concerne à Surpresa, Bisquerra (2008, p. 109), define-a como sendo “a emoção mais breve”, a Compaixão como sendo “uma preocupação altruísta pelo sofrimento dos outros, com o desejo de aliviá-los e ajudá-los”, e, por último, a Esperança que se baseia em “temer o pior, ansiando pelo melhor”.

De facto, a experiência emocional do enfermeiro traduz-se por uma série de emoções e sentimentos que experiencia, nas inúmeras situações que vivência.

A utilização das emoções é inerente ao desempenho profissional e como isso justifica a consciencialização de utilizá-las na relação com o cliente, torna-se importante perceber como o enfermeiro deverá perspectivar e desenvolver a experiência humana do ‘sentir’, como instrumento de cuidados (Diogo, 2006). As emoções são sentidas e orientadoras do agir do enfermeiro, explicitando-se com intencionalidade no cuidar.

Diogo refere, que “a enfermagem é uma profissão de sentimentos” estando as “emoções implicações em todos os cuidados” (2006, p.116). É um facto que as emoções da Pessoa e do enfermeiro interagem de forma recíproca, ao longo da prestação dos cuidados. As habilidades que temos de compreender as emoções são passíveis de treinar, sendo uma das principais competências para regular as emoções.

Ainda, segundo Diogo (2006), a gestão das emoções é a capacidade que o enfermeiro tem de afastar a tristeza, a ansiedade ou a irritabilidade e responder com empatia, amabilidade e com preocupação genuína às situações de ansiedade e vulnerabilidade.

De facto, a enfermagem é considerada um processo “significante, terapêutico e interpessoal” (Peplau, 1952, p.16, citado por Cadman e Brewer, 2001), o reconhecimento de que os profissionais de enfermagem devem ser competentes, no que diz respeito a lidar com as suas emoções e as dos outros, é incontestável.

Por outro lado, Espiney et al. (1997, p.11), referem que para um bom desempenho profissional é esperado que o enfermeiro seja capaz de integrar as competências específicas próprias do exercício da profissão, conjuntamente com um outro grupo de competências transversais, que incluem: a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa multidisciplinar. Ora, é entre o desejado e a realidade percebida na prática que enquadrámos as competências emocionais.

Um enfermeiro que integra todas estas competências é, sem dúvida alguma, não só um excelente profissional, mas também um enfermeiro emocionalmente competente.

Neste contexto, e de acordo com Watson (2002), a experiência emocional nos cuidados de enfermagem é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da co-participação total de nós próprios na enfermagem. A relação estabelecida com o cliente provém da capacidade do enfermeiro compreender e detectar sentimentos e emoções tendo estas repercussões na prestação de cuidados ao e com o cliente.

Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2003), o desenvolvimento das competências emocionais, ajuda a: resolver problemas e conflitos na organização, a gerar reflexões e a criar orientações ressonantes, levando a emoções positivas para uma optimização do desempenho. Este facto, ao nível da prestação de cuidados de enfermagem, permite a conquista de um nível de excelência dos cuidados prestados ao cliente.

Ao considerarmos o cuidar como um processo indubitavelmente relacional, um “meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos” (Watson, 2002, p.122) e ao atribuímos que todo o processo relacional é contaminado por emoções (Goleman, 2003), percebemos que tudo aquilo que sentimos tem importância na interacção humana.

Pelo que foi até então descrito, é fácil perceber que as emoções assumem um papel de destaque na prestação de cuidados e, como tal, é fundamental que o enfermeiro tenha a capacidade de compreender as suas emoções e sentimentos, conseguindo lidar com os mesmos da melhor forma possível.

2.2. O Cuidar em Saúde Mental: Da Teoria Das Relações Interpessoais de Peplau à Teoria dos Sistemas de Neuman

Uma das teorias considerada como um marco teórico de referência para a prática de Enfermagem e, sobretudo, para a enfermagem de saúde mental é a teoria das relações interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau, em 1952.

Esta enfermeira visualizou o fenómeno de Enfermagem como um processo interpessoal, cujo foco principal estava centralizado na relação entre enfermeira e utente. Na sua teoria, identifica conceitos e princípios que enfatizam as relações interpessoais que se processam na prática de Enfermagem, de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Peplau, 1990).

Para esta autora, a Enfermagem é definida como “um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades” (Tomey e Alligood, 2004, p.428).

Na sua teoria, que ainda hoje é marco referencial, Peplau opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Essas etapas estão sobrepostas e devem ser consideradas de forma relacionada. Na fase de orientação, o utente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional; na etapa de identificação, os esforços do enfermeiro devem direccionar-se para o auxílio do utente na consecução de uma aprendizagem construtiva, na fase seguinte a actuação do enfermeiro é continuar a promover a satisfação do utente em relação às suas interrogações e os objectivos são alcançados através de um esforço cooperativo, à medida que o doente se torna independente, durante a sua recuperação; na última fase, o enfermeiro e o doente concluem o relacionamento terapêutico, logo que sejam satisfeitas as necessidades do doente e mudam a direcção para novas metas.

Peplau (1989), considera que o enfermeiro na relação com o doente desempenha vários papéis: De pessoa estranha, pelo que deve optar pelo respeito e interesse pelo doente e aceitá-lo tal qual ele é, considerando-o como um indivíduo emocionalmente são, até identificá-lo como diferente; Pessoa de recurso porque oferece ao doente informações específicas necessárias para auxiliar a compreensão de um problema ou situação nova com vista a melhorar o seu estado; Educador/Professor pois partilha conhecimentos a respeito de uma necessidade ou interesse do doente; Líder na medida em que o enfermeiro ajuda o doente a cumprir as tarefas que deve realizar através de uma cooperação e participação activa.

Inicia o processo e a manutenção das metas do grupo através da interacção; Substituto pois assume o lugar do outro quando necessário; Conselheiro uma vez que utiliza várias habilidades e atitudes para auxiliar a pessoa no reconhecimento, aceitação e solução de problemas que interferem na sua capacidade de viver feliz; Especialista técnico porque providencia cuidados de enfermagem adequados à situação clínica do doente e exhibe habilidades que impõem capacidade técnica na utilização dos equipamentos ao executar as tarefas.

Peplau, estabelece que as **relações de confiança** constituem a base para obter resultados satisfatórios. Considera a doença como uma experiência potencial de aprendizagem.

De facto, as pedras angulares do seu modelo são: a interacção que se produz na relação enfermeiro/cliente e reconhecer as dificuldades que existem; é esperar o inesperado e escutar cuidadosamente o que a pessoa lhe diz e ser capaz de questionar-se a si próprio. Para esta teórica é necessário criar espaços para expressar os sentimentos e pensamentos sobre o que considera essencial. O comportamento do enfermeiro indica ao cliente que este é valorizado como pessoa, por seu próprio direito. Forma-se assim um laço que permite o desenrolar da confiança.

Desta forma verifica-se que a sua teoria tem como objectivo, o cuidado humano centrado no processo interpessoal entre o enfermeiro e o cliente, em que os factores cultura, crença, valores e expectativas do cliente são tidos em conta, adquirindo este um papel activo no processo.

Para Peplau, a Enfermagem deve actuar no sentido de fortalecer a pessoa, motivando-a e apoiando-a, de forma a proporcionar o desenvolvimento do seu potencial máximo. Surge então o conceito de relação interpessoal, hoje designada como relação terapêutica entre pessoas e prestadores de cuidados de saúde.

A relação interpessoal envolve técnicas interpessoais de comunicação, observação, relacionamento terapêutico, trabalho em equipa, resolução de problemas e de registo, com a finalidade de estimular no cliente o desejo de permanecer saudável. Assim sendo, a relação terapêutica é vista como um momento de aprendizagem para ambos os intervenientes, proporcionando o seu crescimento, a expressão e o uso das suas capacidades, bem como a promoção da saúde.

Esta relação deverá ser desenvolvida num ambiente calmo, numa relação de confiança e confidencialidade de forma que, a pessoa se envolva e assuma um papel activo na resolução dos seus problemas.

Peplau salienta também que os objectivos terapêuticos devem ser previamente estabelecidos pelo Enfermeiro com a pessoa, reconhecendo, igualmente, o papel da família e da sociedade nas mudanças adquiridas.

Esta teórica foi pioneira na área de saúde mental e psiquiatria e sendo considerada actualmente um modelo de referência.

A abordagem em saúde mental e psiquiatria confere uma preocupação pela pessoa no seu todo, numa interacção constante, porque integra na sua estrutura o conceito de holismo. Nesta perspectiva considerou-se relevante a abordagem sistémica.

Betty Neuman no final dos anos 60, criou um modelo teórico de Enfermagem que ficou conhecido como o “Modelo de Enfermagem de Sistemas de Cuidados de Saúde”. A autora afastou-se do modelo tradicional da doença para um outro que engloba cuidados ao cliente na perspectiva da “Pessoa Total”.

De acordo com os pressupostos do modelo teórico de Neuman (1995, p. 46) a Enfermagem “é a única profissão interessada no modo como as diferentes variáveis afectam os clientes no seu ambiente”. Considerando que o sistema cliente é constituído pelas variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sócio cultural e espiritual.

Betty Neuman, define que tanto o indivíduo, como a família são sistemas abertos, mantendo trocas constantes com o ambiente, até a conquista de novos padrões de bem-estar; padrões estes que são avaliados por todos os participantes do processo terapêutico de enfermagem, ou seja, pela família e pela enfermeira (Hermiz e Meininger, 1989).

A força deste modelo é dada à prevenção, educação para a saúde e bem-estar, assim como ao tratamento numa abordagem interdisciplinar.

Este modelo conceptual é adequado à prática da Enfermagem comunitária porque “ênfatiza uma abordagem da prática holística na qual qualquer parte do sistema ou subsistema pode organizar-se como um todo inter-relacionado que idealmente funciona como um sistema total” (Neuman, 1995, p. 410).

Segundo a autora o pensamento sistémico capacita os enfermeiros para se centrarem nos próprios clientes e no seu meio ambiente, de uma forma interactiva e criativa.

De facto, para Neuman (1995), o enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidencia científica e a passagem dessa sabedoria para a inserção no quotidiano da vida das pessoas, de diferentes culturas. É necessário, passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes activos dessa interacção, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário.

Neuman define, descreve e relaciona os quatro paradigmas, pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, que constituem o metaparadigma da enfermagem (Anexo I).

A estrutura do modelo, segundo Neuman (1995) apresenta o cliente (ser humano, família, grupo, comunidade ou problema social) como um sistema relacionado com seu meio, sofrendo as suas influências, adaptando-se e sendo adaptado em função dos *stressores* internos e externos que se apresentam.

No centro do diagrama, apresenta-se a estrutura básica, ou um círculo que representam os factores básicos de sobrevivência, os recursos de energia do cliente (ser humano, família ou comunidade). Uma série de anéis concêntricos dão continuidade ao primeiro e variam em tamanho e distância com relação ao mesmo.

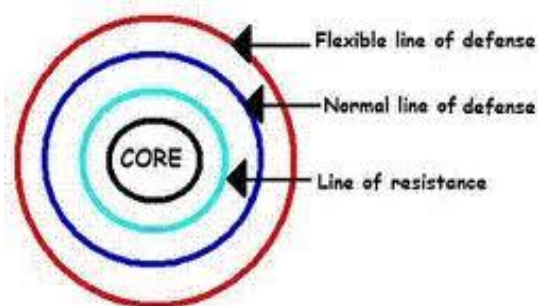


Figura 1- Representação gráfica da estrutura do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

As linhas de resistência são aquelas que se apresentam em torno do círculo central e representam recursos que ajudam o cliente a defender-se contra os elementos *stressores*, mantendo o equilíbrio (ex: características da personalidade, estratégias de *coping*).

A linha normal de defesa (segundo círculo de linha contínua) é basicamente aquilo que a pessoa se torna durante um período da vida – o estado normal de bem-estar ou estado estável – e é composto por factores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais que são utilizados pelo sistema para lidar com os agentes *stressores*. Essa linha de defesa é tida como dinâmica, uma vez que se relaciona com a maneira pela qual um sistema se estabiliza durante um determinado período de tempo.

A linha flexível de defesa representa um sistema aberto que troca energia com o ambiente. Esta fronteira forma o sistema exterior do sistema podendo ser o indivíduo, grupo ou comunidade. A sua eficácia pode ser reduzida por mudanças como perda do sono, má alimentação ou quaisquer alterações nas actividades diárias.

Os factores ou agentes de *stress* podem produzir *stress* dentro do sistema causando o desequilíbrio no cliente.

Para Neuman a resposta a um agente *stressor* varia de indivíduo para indivíduo de acordo com o estado em que se encontra as suas linhas de defesa nesse preciso momento. Essa resposta ainda depende do grau de reacção que define como a energia necessária para que o cliente se adapte ao elemento *stressante*.

Também de acordo com esta autora (1995) existem intervenções que ajudam o cliente a reter a estabilidade do sistema (manter ou alcançar). Indica três níveis de intervenções:

1. Prevenção primária: pode iniciar em qualquer ponto em que o agente *stressor* é identificado. O seu objectivo é evitar que o *stressor* atinja a linha normal de defesa ou diminua o seu grau de reacção.
2. Prevenção secundária: começa a ser executada quando a prevenção primária não obteve êxito e o cliente já apresenta reacção ao *stressor*. O objectivo é o tratamento inicial de sintomas e de tentativas de fortalecimento das linhas internas de resistência, para reduzir essas reacções.

3. Prevenção terciária: é a intervenção que segue a fase de prevenção secundária. O seu objectivo consiste em reforçar a resistência aos *stressores* para prevenir a recorrência da reacção ou regressão. Visa prevenir desequilíbrios futuros, o restabelecimento do sistema e a manutenção da sua estabilidade.

Em síntese o modelo teórico de Neuman é holístico, flexível e polivalente, adapta-se facilmente às mudanças na prestação de cuidados de saúde e aumenta a colaboração interdisciplinar, por isso considerado importante na prática dos cuidados.

2.3. Da essência do cuidar à relação de ajuda como instrumento terapêutico

No âmbito do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista estão inerentes alguns conceitos como o cuidar, relação de ajuda, o desenvolvimento pessoal e profissional que merecem relevo no âmbito deste relatório.

O cuidar é a essência da Enfermagem, Collière (1999). Esta autora define o cuidar como “um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (1999, p.235-236).

Hesbeen (2000) considera cuidar uma arte, sendo a arte do terapeuta que consegue combinar elementos de conhecimento, tais como o *Saber Fazer* e o *Saber Ser*, que lhe vão permitir ajudar o Outro, na sua situação única.

Cuidar é assim uma interacção entre pessoas, sendo que qualquer interacção é contaminada por emoções e sentimentos (Goleman, 2003).

No entanto este cuidar não é um exclusivo da Enfermagem. A lógica do cuidar tem necessidade de reunir toda uma equipa de profissionais que exercem a sua profissão em contacto directo com as pessoas que necessitam de cuidados, não se limitando exclusivamente a uma categoria profissional (Hesbeen, 2000).

Para Lazure (1994) cuidar é ajudar. De facto, o eixo em que gravita o conjunto dos cuidados de Enfermagem é a relação de ajuda, sendo esta indissociável das intervenções de Enfermagem de qualidade.

Carl Rogers é considerado o pai da relação de ajuda, tendo definido um conjunto de condições e habilidades específicas para serem adoptadas pelas profissões de relação. A verdadeira comunicação e os verdadeiros relacionamentos interpessoais potenciam o desenvolvimento da pessoa, sendo necessário, para tal, uma atitude de essência afectiva, caracterizada por quatro qualidades: autenticidade, congruência, atenção positiva incondicional e empatia (Diogo, 2006).

De facto, uma das competências fundamentais do Enfermeiro é a capacidade de fomentar e manter uma relação de ajuda.

Neste âmbito, importa, então, entender o conceito de relação de ajuda e a sua integração na abordagem a este tipo de patologia. De facto, a relação de ajuda é o principal instrumento de intervenção de enfermagem, utilizando as capacidades de escuta, de respeito, de aceitação incondicional e de empatia, estando presente desde o acolhimento até ao último contacto com a pessoa (George, 1996).

De acordo com Rogers, citado por Evelyn Adams, a relação de ajuda “é a qualidade do encontro com o utente que constitui o elemento determinante da eficácia” (1979, p. 92), pelo que, de acordo com Evelyn Adams (1979), a Enfermagem situa-se entre as profissões que envolvem o contacto com outrem e, como, tal a qualidade do encontro entre a Enfermeira e o cliente constitui um factor determinante na eficácia dos cuidados.

Uma relação de ajuda eficaz pressupõe o estabelecimento de objectivos, para os quais estimulamos a Pessoa a alcançar. No entanto, esta relação tem de ser consciente para que possa ser trabalhada e melhorada, bem como positivamente construída, tendo, então, de existir uma intenção de agir do ponto de vista terapêutico.

A relação de ajuda, como interacção que ocorre durante o processo terapêutico, exige, paciência e atenção; atitude empática e compreensiva; auto-confiança e autenticidade; flexibilidade e compromisso; tolerância e interesse entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados.

Para Phaneuf (2005), a relação de ajuda deve ser entendida como uma troca pessoal entre dois seres humanos que se devem respeitar mutuamente como pessoas únicas e constituir um processo que permita o crescimento pessoal do indivíduo e a resolução dos seus problemas.

Compreender e respeitar o outro pressupõe que o enfermeiro se conheça e se respeite a si mesmo, como pessoa e como profissional. Numa relação de ajuda é necessário ao enfermeiro uma profunda consciência no contacto com a pessoa beneficiária de cuidados, para além do respeito permanente pelo carácter único da sua personalidade. Respeitar é acreditar que somos únicos e capazes de decidir o que é melhor para nós, é ser verdadeiro para consigo e com os outros. Respeitar o outro é acreditar nele e escutá-lo atentamente, abstendo-se de o julgar, tentando compreender o seu ponto de vista. O respeito é assim uma qualidade fundamental, um valor e atitude base da relação de ajuda, que encontra a sua expressão nos comportamentos (Lazure, 1994).

A escuta é outra capacidade essencial à relação de ajuda. A escuta inclui a compreensão da comunicação verbal e não verbal do outro. Para além das palavras pronunciadas, que por vezes podem não traduzir a realidade total da experiência do Outro, é importante estar atento à comunicação não verbal, tais como: as expressões faciais, o tom de voz, os gestos, as variações respiratórias e outras comunicações involuntárias, cheias de significado relativamente à vivência do Outro, que complementam as mensagens transmitidas, ou até as contradizem (Lazure, 1994).

A comunicação destaca-se nesta relação, uma vez que a forma de comunicar e a reacção verbal e não verbal que se adopta quando interagimos com as pessoas com AN leva a percepções que podem ou não ser favoráveis ao estabelecimento desta mesma relação.

É um facto que esta relação, assume uma grande complexidade e uma concretização difícil, uma vez que esta mesma confiança, se vê por vezes ameaçada.

De acordo com Michelle (2004), também a empatia é um factor espectral da abordagem terapêutica.

Na base de uma relação de ajuda eficaz emerge o sentimento de empatia, que surge como um sentimento de profunda compreensão do Outro para o qual nos direccionamos em situação de ajuda. Para Margot Phaneuf (2005, p. 346), a empatia “em certos casos, é quase sinónimo da própria relação de ajuda”.

Ainda segundo aquela autora, “a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda, que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções”.

A empatia requer assim a predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e conseguir compreender pensamentos e sentimentos que não tenham sido manifestados verbalmente, constituindo a habilidade para ler os canais não verbais como o tom de voz, o gesto ou a expressão facial (Goleman, 2003).

Como refere Filliozat (1998, p.256) “as mensagens do corpo raramente mentem”. Em todo o mundo, as mesmas expressões exprimem os mesmos sentimentos. As emoções vêem-se no rosto e na atitude do corpo. Ser empático é sentir sem julgar, é sair do nosso egocentrismo para nos centrarmos na vivência do Outro.

Também Märtin e Boeck (2002) a definem como uma capacidade que, frente a outras pessoas, requer a predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e compreender pensamentos e sentimentos que não são expressos verbalmente.

A empatia tem como finalidade última compreender o Outro e manifestar-lhe essa compreensão, devendo para tal ser-se sensível não só às palavras do Outro, mas também à sua linguagem não verbal, a qual dará indicadores da sua intensidade emocional (Lazure, 1994).

O desenvolvimento do sentimento de empatia pela equipa de enfermagem no atendimento à pessoa é de grande importância e determinante no sucesso do tratamento.

O enfermeiro deve aumentar a sua capacidade de estar em contacto próximo com o Outro e desenvolver a sua capacidade de se colocar no lugar deste, apoiando-se solidariamente na sua realidade pessoal, estando bem consciente de que se trata do problema dessa pessoa e não do seu. A empatia exige que o enfermeiro se centre totalmente na pessoa a ser cuidada, de modo a identificar e compreender bem as suas mensagens. Para se manifestar com o máximo de precisão, é necessário que o enfermeiro não esteja apenas sensível às palavras que ouve, mas também à linguagem não verbal do Outro (Lazure, 1994).

Para melhorar a empatia, Phaneuf (2006), preconiza que os enfermeiros, desenvolvam a capacidade de introspecção, mantenham presente que a empatia é uma maneira de ser e não somente um papel profissional momentâneo, que cultive a qualidade de “estar com” a pessoa, que procure sempre o essencial da mensagem verbal ou não verbal do doente, aborde gradualmente os sentimentos difíceis e aprofunde a expressão de tensão ou de reticência para lhe descobrir o sentido e ajustar a intervenção.

A confrontação, também característica da relação de ajuda, tem a sua origem na empatia e no respeito profundo pelo Outro. A confrontação tem a finalidade de proporcionar ao Outro novas perspectivas que o possam motivar a mudar de comportamento, tendo em conta que por vezes os próprios comportamentos constituem um obstáculo de peso à consecução do seu objectivo. A confrontação exige habilidade e delicadeza, sendo o seu alvo o comportamento e não o Outro, fundamentando-se nas observações que o enfermeiro faz a cada pessoa, sem a julgar de forma alguma (Lazure, 1994).

Para Lazure (1994, p.97) “a relação de ajuda visa dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se ele deve mudar”.

A relação de ajuda é assim indissociável das intervenções de Enfermagem de qualidade. A prática da relação de ajuda prepara o enfermeiro para acompanhar a pessoa e a família ao longo do processo da vida, ajudando o outro em todas as suas dimensões de Ser Humano (Lazure, 1994).

Como em qualquer interacção humana, a relação cliente-enfermeiro propicia uma panóplia de pensamentos e sentimentos (Gabbard, 1998). Um dos aspectos mais relevantes da relação terapêutica e do modo como esta funciona está relacionado com os sentimentos e emoções que o enfermeiro experiencia.

A pessoa com AN caracteriza-se como rígida, de difícil relacionamento e manipulativa em relação ao tratamento. Tais características provocam inúmeros sentimentos de contra-transferência na equipa de enfermagem, que interferem na qualidade dos cuidados prestados.

Mencionado por Freud pela primeira vez em 1910, o termo contra-transferência surge em analogia ao conceito de transferência e refere-se ao conjunto de respostas emocionais específicas despertadas no terapeuta pelas qualidades específicas da pessoa (Leal, 2004).

A atitude atenta e disponível do enfermeiro é, muitas vezes, comprometida por transferências do cliente que suscitam irritação, zanga, desencorajamento, auto-questionamento ou, inversamente, exacerbam a auto-estima e o amor-próprio. Para além disso, é frequente os enfermeiros desenvolverem sentimentos de protecção excessiva em relação a estas pessoas, experimentarem uma enorme tolerância emocional ou enfatizarem certos acontecimentos de vida ou sentimentos dos seus clientes de forma pouco defensiva (Leal, 2004).

Enquanto a transferência do cliente é discutida e analisada no contexto terapêutico, a contra-transferência é objecto de vigilância interna por parte do enfermeiro, que se apercebe do aparecimento de sentimentos positivos e negativos em relação aos seus clientes, reflectindo silenciosamente e cuidadosamente sobre a possível origem de tais sentimentos, no contexto das suas relações passadas (Gabbard, 1998, Chalifour, 2008, Phaneuf, 2005).

Apesar do treino e da experiência constituírem uma ajuda no sentido de atenuar o impacto das atitudes reactivas perante os clientes, a contra-transferência está presente no decorrer de qualquer relação terapêutica.

Em suma, a relação de ajuda por si só é sempre de uma complexidade extrema, tendo em conta as particularidades de cada pessoa e a individualização, que o enfermeiro deve ser capaz de manter implícita nos seus cuidados.

2.4. Desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria

A competência não se vê, pressente-se, manifesta-se no desempenho competente, o que a torna difícil de avaliar.

Como nos sugere Alarcão (2001), ser competente é ser possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objectivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias.

O avanço em Saúde Mental e Psiquiatria, requer que o Enfermeiro Especialista incorpore continuamente os novos conhecimentos científicos na sua prática de cuidados, através da participação em projectos de investigação que visem aprofundar o conhecimento e o desenvolvimento de competências.

Integre a prática baseada na evidência, sendo esta orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Por sua vez, Benner (2001, p.32), sustenta que, “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos, (...) teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”. Pois, tal como afirma Lopes (2006), a passagem de padrões de saber, a padrões de conhecimento, depende de um processo de nomeação, de partilha e de sujeição dos saberes pessoais a critérios aceites pela comunidade.

A complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem actual requer um desenvolvimento longo e continuado e um entendimento das diferenças entre as competências do enfermeiro principiante e as do perito, como referiu Benner (2001).

Os Enfermeiros principiantes têm um comportamento típico, mais rígido, e bastante limitado, sendo que o centro das suas dificuldades reside na in experiência relativamente às situações com que se deparam, sendo necessário orientar as actividades, fornecer informação e regras de actuação¹ (Benner, 2001, p.49). Ao nível de perito, o enfermeiro “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado” (Benner, 2001, p.58). Com a sua enorme experiência prévia, abarca intuitivamente a situação e foca-se no problema, sem considerações supérfluas, tentando analisar as várias alternativas de solução.

Em conformidade com, Benner (2001), a recolha das narrativas e a reflexão interpretativa das mesmas, permite a descoberta de novas competências e novo conhecimento, a identificação de obstáculos às boas práticas e o desenvolvimento de áreas de excelência.

Em bom rigor, a prática reflexiva deve ser implementada como um instrumento ou uma técnica a desenvolver pelos enfermeiros, pois como afirma Alarcão (2001), ajuda-os a libertarem-se dos comportamentos impulsivos e rotineiros; permite-lhes actuar duma maneira intencional e deliberada; e distingue-os como seres humanos informados visto ser uma das características da acção inteligente.

¹ As regras de actuação impõem há enfermeira iniciada um comportamento típico, limitado e rígido. O centro da dificuldade reside no seguinte facto: visto as iniciadas não terem uma experiência da situação à qual vão fazer frente, têm que se lhe ser dadas as regras para as guiar nos seus actos.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

No sentido de desenvolver as competências em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria tive em consideração o perfil das competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, referenciado no Modelo de Desenvolvimento Profissional preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. De acordo com o projecto identifiquei as necessidades à pessoa com Anorexia Nervosa e planeei diversas actividades. Neste contexto foi pertinente abordar à dimensão emocional, no sentido de promover um equilíbrio no processo terapêutico.

De acordo com Benner e no sentido de adquirir experiência e competências, como enfermeira perita, desenvolvi um estágio profissional que decorreu entre 27 de Setembro de 2010 e 11 de Fevereiro de 2011. O plano de trabalho foi concebido com base na avaliação diagnóstica e organizado de forma a responder aos objectivos.

Neste contexto, pretendi desenvolver as seguintes competências:

1. Autoconhecimento e desenvolvimento pessoal mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas;
2. Assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental, (SIECE, 2009).

O autoconhecimento apresenta-se como uma competência de extrema relevância para a prática clínica, pois permite que o enfermeiro percepcione os recursos internos e externos, a tomada de consciência de vários factores que poderão influenciar a interacção com o Outro, quer seja este, cliente, família ou profissional da equipa multidisciplinar.

O enfermeiro especialista mantém uma preocupação constante relativamente às respostas humanas do cliente, bem como aos factores protectores e factores de risco inerentes à existência da pessoa. Deste modo, mantém a constante avaliação do Outro e as implicações e impacto que estes têm na saúde mental.

De forma a ampliar estas competências foi imprescindível desenvolver o saber ser e o saber estar, com a descoberta da pessoa alvo dos cuidados.

A orientação para o desenvolvimento da minha prática enquanto profissional de saúde mental e psiquiatria, permitiu uma aprendizagem reflexiva através da análise de situações que se identificaram ao longo do estágio.

Como refere Chalifour, (2008) a análise da interacção com o cliente constitui-se uma ferramenta essencial dos cuidados. Esta abrange a expressão verbal e não-verbal dos processos cognitivos, afectivos e as intervenções verbais e não-verbais do cliente.

Por conseguinte, a intervenção reflexiva permitiu uma acção mais autónoma, uma visão retrospectiva das minhas interacções, de forma a identificar e reconhecer as incoerências e os bloqueios, nesta relação.

Para que isto fosse exequível, recorri há “Análise das sequências de interacção”, preconizado por J. Chalifour (2008), que se revela um excelente meio de aprendizagem, na medida em que me permite obter uma visão das minhas intervenções, nomear as vivências em relação com o cliente e identificar os seus efeitos. Como refere este autor, (2008) a sequência da interacção contém, por um lado, a expressão verbal e não verbal dos processos cognitivos, afectivos e motivacionais do cliente, bem como, as intervenções verbais e não verbais do interveniente.

No decorrer das minhas intervenções, elaborei diários de aprendizagem de algumas interacções que considerei mais significativas, enquanto pessoa e profissional. Remeto em anexo um dos vários diários de aprendizagem que realizei no contexto de estágio (Anexo II).

3.1. Contexto de Estágio

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem e na realização dos objectivos de estágio, optei por desenvolver uma parte no Departamento de Neurociências, mais especificamente no Serviço de Internamento de Psiquiatria, de Doentes Agudos, no Centro Hospitalar Lisboa Norte, no serviço onde exerço funções como Enfermeira há cinco anos.

Esta escolha pelo local onde trabalho em psiquiatria com pessoas a quem foi diagnosticada a Anorexia nervosa, deve-se à necessidade de desenvolver competências no âmbito da relação terapêutica.

A segunda parte do estágio foi desenvolvida em contexto comunitário, no Hospital de Dia da Clínica da Juventude, integrado no internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia. Completei, assim, um total de 500 horas de estágio.

3.1.1. Finalidades e Objectivos

A finalidade deste relatório é descrever o percurso realizado durante o Estágio profissional e explicitar as aprendizagens e as competências: clínicas, investigação, pedagógicas, de desenvolvimento pessoal e ético, desenvolvidas tendo em conta o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

3.1.2. Objectivos gerais

O enfermeiro, como técnico de saúde e educador deve ter em conta as várias dimensões do cuidar, desenvolvendo estratégias que possam ajudar a pessoa. Neste sentido, o enfermeiro numa abordagem holística mobiliza os seus conhecimentos no processo de cuidar.

Os objectivos traçados para os diferentes locais de estágio, de forma a promover uma intervenção sustentada e coerente, são os que se descrevem:

1. Problematizar o fenómeno do sofrimento mental em pessoas com perturbações do comportamento alimentar, em contexto hospitalar e comunitário;
2. Desenvolver competências técnicas e relacionais específicas na prestação do cuidado de enfermagem às pessoas com Anorexia Nervosa e família.

3.1.3. Objectivos específicos

1. Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional dos Serviços;
2. Integrar a equipa multidisciplinar;

3. Fomentar a mobilização de estratégias adaptativas (recursos internos) para aumentar a capacidade de gestão emocional;
4. Realizar intervenções terapêuticas individuais e de grupo com base nas necessidades identificadas;
5. Desenvolver uma prática reflexiva no sentido do desenvolvimento pessoal e ético;
6. Colaborar nos processos formativos do serviço através da apresentação de um Estudo de Caso.

4. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

O Serviço de internamento de Psiquiatria, do Hospital Santa Maria, onde desenvolvi o meu primeiro estágio tem uma dotação de vinte e oito camas, cinco das quais para pessoas que sofrem de doenças do comportamento alimentar.

Apesar de ser uma unidade de internamento de Pessoas com doença mental em fase aguda, acolhe clientes que recorrem, repetidamente a este Serviço, não obstante as pessoas internadas com este distúrbio, pela primeira vez. Assim, posso afirmar que muito do trabalho desenvolvido é efectuado com clientes já conhecidos e com historial de diversos internamentos.

O meu estágio desenvolveu-se de acordo com o projecto, tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2009), as dificuldades profissionais identificadas e os objectivos profissionais a desenvolver.

No emergir da prática de cuidados à pessoa com AN e sua família somos confrontados com a necessidade de realizar o diagnóstico, planeamento e intervenções de enfermagem individualizadas e adequados a cada contexto.

Nesta perspectiva, como Enfermeira de Saúde Mental e Psiquiatria desenvolvi competências aos três níveis de prevenção, tendo como foco de atenção a pessoa, a família, ou grupo, visando a promoção e os direitos da pessoa, com doença mental, o combate ao estigma, a promoção do *empowerment*, a autonomia e a inserção no seu meio.

4.1. Análise reflexiva e avaliação de algumas intervenções efectuadas no Serviço de Internamento de Psiquiatria

O processo de cuidar em Psiquiatria, durante o estágio implicou um acompanhamento de pessoas com anorexia desde a entrada no Serviço de internamento, na realização da colheita de dados, a identificação e avaliação diagnóstica, implementação e avaliação de intervenções e resultados de enfermagem.

Durante o internamento a equipa multidisciplinar facilitou e colaborou na realização de um plano de intervenção à pessoa com anorexia, tendo em vista a melhoria dos cuidados. Foi também realizada uma sessão formativa na equipa, nomeadamente com a apresentação de um estudo de caso sobre uma jovem com Anorexia Nervosa (Anexo III).

As intervenções de enfermagem em pessoas com AN foram desenvolvidas para otimizar o auto-conhecimento, auto-estima, autonomia e gestão emocional, de forma a manterem e conseguirem os melhores níveis de independência e bem-estar.

Em cada intervenção foi realizado um plano de sessão, que incluíram objectivos, técnicas, estratégias, material pedagógico, bem como os meios de avaliação.

Durante o estágio houve uma participação em actividades terapêuticas com a pessoa alvo de cuidados e outras actividades apenas com a equipa, nomeadamente: reunião clínica da equipa; reunião familiar; acompanhamento de intervenções psicoterapêuticas, entre outras.

A equipa centra a abordagem na terapia cognitivo-comportamental. As técnicas cognitivas e comportamentais têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhoria dos quadros clínicos dos transtornos alimentares. As estratégias sugeridas para o tratamento da AN objectivam a diminuição da restrição alimentar e da frequência de actividade física, facilitando o aumento do peso; a diminuição do distúrbio da imagem corporal; a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação e o aumento da auto-estima (knapp, 2004).

Das várias intervenções desenvolvidas, irei destacar algumas que considero terem sido significativas do ponto de vista psicoterapêutico.

4.1.1. O Diário como instrumento terapêutico

O “*diário*” foi uma técnica utilizada como objectivo de favorecer o relato da História Pessoal, Familiar e Social. Esta actividade permitiu desenvolver a auto-percepção e ampliar o desenvolvimento pessoal da pessoa com anorexia nervosa. O “*diário*” surge como uma ferramenta terapêutica para promover um processo de análise e introspecção. Esta intervenção teve como finalidade facilitar o processo terapêutico através da relação de ajuda.

Esta actividade realizou-se no internamento, no mês de Dezembro, durante os períodos destinados ao repouso (uma hora após o pequeno-almoço e almoço) – (Plano de sessão em Anexo IV).

A actividade realizou-se com uma pessoa com AN, de sexo feminino, (M.C.), de raça caucasiana, com 24 anos de idade, solteira, licenciada em Ciências Farmacêuticas que se apresentava bastante emagrecida (peso: 39,700Kg), fácies triste, humor deprimido e com o pensamento centrado na perda do pai. Mantinha-se isolada do grupo e com um discurso focado na dificuldade em ultrapassar esta perda.

A intervenção realizada permitiu a expressão de alguns dos seus pensamentos, reacções, desejos, sonhos e facilitou o relato da história da sua vida.

A M.C. relatou *“O meu sonho é poder ver mais uma vez o meu pai e abraçá-lo. Estou sempre a pensar nisto. Deixei de comer para ir ter com ele”* (sic). Permitiu, também, olhar em retrospectiva para as suas experiências e analisar os seus comportamentos relacionais, as suas decisões e dificuldades, *“deixei de sair, afastei-me dos meus amigos e dos meus três irmãos. Não consigo deixar de pensar nos momentos que tive com ele e na falta que me faz”* (sic).

A M.C. escolheu os momentos mais significativos, tais como: a sua infância; o nascimento dos seus irmãos; os avós; os amigos de infância; as suas festas de aniversário; as férias; a festa de finalista do curso, entre outros acontecimentos e descreveu sumariamente o significado de cada uma delas. A M.C. mencionou como um dos momentos mais significantes, o nascimento do seu irmão mais novo, *“Fiquei muito feliz quando o meu irmão Bernardo nasceu, foi dos dias mais importantes da minha vida. Nessa altura éramos uma família feliz”* (sic). Optou também por recorrer a fotografias de forma a identificar estas ocorrências mais significativas, ao longo destes anos. No final do *“diário”*, escreveu: *“O meu pai foi vítima de uma doença horrível e incapacitante, esclerose bilateral amiotrófica e demência fronto-temporal. Sem saber o quanto consciente estava sobre a doença íamos tentando dar o melhor conforto...mas não foi suficiente!”*, acrescentando, *“Vi o meu pai perder a fala, o escrever, o andar e a capacidade de comer. Muitas vezes ele parecia chorar...será que estava a perceber o que nós lhe dizíamos, será que queria falar e não conseguia. O meu pai vai ser sempre recordado como o melhor pai do mundo”* (sic).

De facto, esta actividade tornou-se muito importante dado que se estabeleceu um forte vínculo de confiança e, por vezes, tornou-se difícil estabelecer um limite de envolvimento emocional. Penso que esta dificuldade se prende com uma identificação experienciada num processo de luto na minha trajectória de vida. Para transpor este facto, obtive muitas vezes a supervisão da Dr.^a Dulce Bouça, chefe da equipa do comportamento alimentar, que se mostrou sempre muito receptiva e disponível.

No decorrer desta intervenção procurei que a minha relação fosse de encorajamento, de empatia e de ajuda. O meu objectivo foi compreender a pessoa, a sua história de vida, e manifestar interesse e empenho por ela. A M.C. referiu “*A enfermeira ajuda-me muito nesta caminhada, sei que vai ser difícil mas confio em si e sei que não me vai deixar sozinha. Só consigo falar de mim consigo e com a psicóloga*” (sic). De facto, compreender esta pessoa, entrar no “seu mundo”, colocar-me no seu lugar, para me dar conta do que ela sentia, foi actuar numa caminhada em conjunto, de forma a dar-lhe conforto face às suas necessidades psicoemocionais.

Na perspectiva de Phaneuf (2005), a relação significa o encontro de duas pessoas e pressupõe dois interlocutores em comunicação profunda, direccionada para um objectivo, uma partilha, um reconhecimento e respeito mútuo. De entre as habilidades necessárias destacam-se, a aceitação da pessoa, a empatia, a autenticidade, a autonomia, a confrontação, a transferência e a revelação de si. O êxito na relação facilitou a compreensão da pessoa, bem como entender os vários significados atribuídos, nos diversos contextos da relação.

A empatia é uma capacidade de autoanálise e pressupõe uma maneira de ser e não somente um papel profissional momentâneo, (Phaneuf, 2005).

Com empatia, consegui compreender esta pessoa, entrar no seu mundo, colocar-me no seu lugar, perceber a sua história de vida, e manifestar interesse e empenho por ela.

De forma a facilitar esta relação, entre mim e a M.C., foi imprescindível, escutar activamente, evidenciar disponibilidade para a apoiar e compreender, mostrar que não estava só, manifestando-lhe respeito e criando um clima de confiança, como forma de garantir o sucesso da aliança terapêutica.

Neste sentido, criei uma relação de empatia de forma a permitir compreender os seus problemas, dar credibilidade aos seus sentimentos, focar-me nos seus pensamentos e comportamentos, bem como, nas suas relações com os Outros. A M. C. partilhou que se sentia muito sozinha e que os seus irmãos estavam cada vez mais afastados e não falavam entre si, *“a dor da solidão é muito grande e o meu comportamento também é de afastamento em relação a tudo e a todos que me rodeiam”* (sic).

No decorrer desta actividade, a M.C. sendo tímida e reservada, foi capaz de transmitir o que sentiu em vários momentos do seu crescimento, os momentos mais significativos da sua infância, adolescência e idade adulta, os sonhos que gostava de concretizar. Estabeleceu-se uma relação de confiança conseguindo obter os pensamentos mais profundos da M.C. através de uma relação sólida.

De acordo com vários autores, as pessoas com anorexia nervosa apresentam alguns comportamentos perfeccionistas, fraca expressão emocional, com distorção da auto-imagem, culpabilidade excessiva, vergonha, intolerância à frustração, baixa auto-estima e a sensação de inefectividade (Bouça e Sampaio, 2002; DSM-IV-TR, 2006; Kaplan e Sadock, 2007).

Hélène Lazure (1994) deu também grandes contributos para a reflexão da relação de ajuda, destacando que enfermeiro necessita de ter uma profunda consciência do contacto com o Outro que pretende ajudar.

Nesta relação, o profissional dá parte do seu tempo, da sua competência, do seu saber, do seu interesse, da sua capacidade de escuta e compreensão (Lazure, 1994).

Ao longo da minha prestação, no decorrer desta actividade, emergiu a necessidade de explorar e compreender alguns comportamentos e dificuldades através das experiências e dos momentos vividos, em vários contextos, numa contínua auto-reflexão, quer através dos diários de aprendizagem. Estes tornaram-se pontos chaves na reflexão, no desenvolvimento pessoal, na promoção da autonomia e na qualidade da prestação de cuidados.

No final desta intervenção senti-me mais preparada, mais competente através do apoio, incentivo à mudança mas sobretudo pela aceitação incondicional do Outro.

4.2. O Desenvolvimento de Terapêuticas Expressivas: A Arte terapia vs a terapia pela arte em ESMP, no contexto terapêutico

Ao longo do estágio esteve presente a necessidade e intencionalidade de proporcionar um ambiente favorável à expressão de emoções e dificuldades das pessoas internadas, nomeadamente às pessoas com AN. Neste sentido foi desenvolvido um *setting* terapêutico para desenvolver de forma empática, a compreensão e ajuda efectiva, recorrendo a atitudes e técnicas expressivas, e de comunicação terapêutica (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2008).

Para adquirir mais informação sobre esta temática participei no XI Congresso Português de Arte terapia – Artes Integradas em Terapia e Educação, nos dias 23 e 24 de Outubro de 2010, na cidade de Lisboa (Anexo V).

Foram utilizadas intervenções terapêuticas para promover a comunicação e a expressão de emoções, com recurso à imaginação e arte. Utilizou-se o “*Álbum de família*” e a “*Janelas das emoções*”, entre outras actividades.

Este tipo de intervenções favoreceu o desenvolvimento de processos terapêuticos e o reforço de alianças sociais bem como a identificação, expressão e partilha de sentimentos, Stuart e Laraia (2001).

Assim, planeei intervenções terapêuticas de grupo, através da expressão artística utilizando o desenho e a escrita.

4.2.1. A Janela das Emoções

A actividade “*Janela das emoções*” teve como finalidade facilitar a expressão de sentimentos, emoções, memórias, algumas características da personalidade, de forma a facilitar o processo terapêutico. Utilizou-se a escrita e desenho e o recurso à verbalização dos resultados. Recorreu-se aos desenhos e à escrita através da expressão artística que permitiu a expressão verbal, a possibilidade de expor os seus sentimentos e emoções de uma forma alternativa e lúdica.

A sessão de grupo teve uma duração média de seis horas, repartida em três períodos de duas horas, onde participaram três pessoas (A.M.; R.A.; A.R.), com o diagnóstico de anorexia nervosa. A primeira com 18 anos e as outras duas com 21, respectivamente. As três vivem com os pais.

A intervenção foi realizada numa sala destinada ao Comportamento Alimentar, que permitiu a realização da actividade terapêutica. Como constrangimento surgiu, por vezes, algumas interrupções de outras pessoas internadas no serviço (Plano de sessão em Anexo VI).

Foi explicado a sequência da actividade de grupo e fornecido o material que consistia numa prancha de cartolina com nove subdivisões e a cada uma delas correspondiam uma emoção: alegria; surpresa; esperança; amor; aversão; ansiedade; tristeza; compaixão e medo.

De facto, como referiu A. Carvalho², (2010) “*A escrita consegue, por si só, transmitir sentimentos, de maneira única e pessoal, relacionados com o estado psíquico em que se encontra a pessoa*” (sic).

A intervenção planeada utilizou o potencial terapêutico da arte, classificado nas NIC (2004) como “Arte terapia” e teve também um papel importante como mediadora na facilitação da comunicação.

Apesar de esta intervenção encontrar a sua justificação nos princípios da Arte terapia, é importante clarificar que se pretendeu, com esta actividade, utilizar a arte com objectivos terapêuticos e não a Arte terapia enquanto terapia *per se*.

Segundo Saraiva (2008), na utilização terapêutica da arte é ignorada a técnica e a estética, é dada relevância à expressão como elemento libertador, permitindo à pessoa consciencializar limitações e conflitos, promover o auto-conhecimento e a auto-estima de forma a permitir uma melhor aceitação de si.

A utilização terapêutica da arte tem múltiplos objectivos, descreminei os que melhor se aplicaram à intervenção: o aumento da auto-confiança e a expressão de sentimentos; as emoções e os conflitos; a reflexão e a melhoria da comunicação; a partilha e o apoio.

Segundo Durel (2006), os diversos meios utilizados permitem ao inconsciente expressar-se e revelar aquilo que até então não era consciente, facilitando e enriquecendo o processo terapêutico.

A representação simbólica das emoções através do desenho e da escrita, permitiu que a pessoa revivesse várias experiências, permitindo uma resignificação e atribuindo-lhe um novo sentido.

² Congresso de Arte terapia realizado no dia 23 de Outubro de 2010.

Como escreveu a cliente R.A. tenho medo "de não alcançar os sonhos e/ou as metas a que me proponho, ao nível da dança. Já passei por tantos sacrifícios e por causa desta doença tenho medo de não chegar onde quero" (sic), emocionada com as lágrimas a caírem-lhe pelo rosto.

Observei que ao longo da actividade ocorreram muitos estados emocionais e muitas reacções relacionadas com as suas vivências, tais como: o suspirar, o sorrir, o chorar, entre outros. Utilizando uma *imagem*, de Damásio (2008, p.69), "travar a expressão de uma emoção é tão difícil como evitar um espirro".

Segundo este autor (2008, p.75), "a função biológica das emoções é dupla. A primeira consiste na produção de uma reacção específica para a situação indutora (...). A segunda função biológica da emoção é a regulação do estado interno do organismo, de tal modo que este possa estar preparado para essa reacção específica". Na opinião deste autor, "as emoções são inseparáveis da ideia de recompensa ou de castigo, de prazer ou de dor, de aproximação ou afastamento, de vantagem ou desvantagem pessoal. Inevitavelmente, as emoções são inseparáveis da ideia do bem e do mal" (2008, p.77).

Do meu ponto de vista, no decorrer da actividade, as emoções, sobretudo as positivas, tais como a alegria, facilitaram a redução de sinais e/ou sintomas indesejáveis de ansiedade de forma a facilitar a aliança terapêutica.

A A.M. referiu "*Nunca mais me vou esquecer do dia em que entrei no curso de Nutrição, vai ficar para sempre gravado na minha memória*" (sic). Emocionada, refere que foi uma grande satisfação para os pais e para a sua realização profissional, "*Sabe era um sonho e consegui*" (sic).

Como sublinha, Apfeldorfer (1995) nestas terapias fomenta-se, acima de tudo, a exteriorização e a consciencialização dos sentimentos.

Como referiu a A.R. "*Nem me apercebia do estado em que estava. Agora sei que estou doente e tenho compaixão dos meus pais que não criaram uma filha para ser mentirosa, desobediente e cheia de medos, como fui durante estes quatro anos de doença*" (sic).

Na verdade, estas pessoas não têm muitas das vezes consciência dos seus sentimentos. A consciência tem de estar presente para que os sentimentos possam ocorrer.

Segundo, Damásio (2008), para que um organismo saiba que tem um sentimento, é necessário acrescentar o processo da consciência aos processos da emoção e do sentimento.

A emoção humana é algo muito especial porque, ainda como salienta Damásio (2008, p.55), “há qualquer coisa de muito característico no modo como as emoções estão ligadas às ideias, aos valores, aos princípios e aos juízos complexos que só os seres humanos podem ter”.

Como mencionou a A.M. *“Os meus pais sempre me disseram que é feio mentir e eu quebrei isso, os valores que me passaram foram todos positivos e eu fiz tudo ao contrário por causa desta doença”* (sic). Neste relato é notório a culpabilização.

A A.M. desenhou quatro rostos correspondentes aos seus membros da família e, redigiu: *“O que me causa mais tristeza é a saudade que tenho da família. Choro porque faz bem à alma, é um choro necessário mas que termina quando sairmos deste buraco que é a anorexia. Temos lá fora uma vida cheia de carinho e aí, vemos que as lágrimas que derramamos foram do passado e que nada vai mudar o brilhante futuro que nos espera”* (sic). Nesta intervenção estiveram presentes várias emoções, tais como a tristeza e a felicidade.

A R.A. desenhou um prato com comida e escreveu: *“Quando olho para a comida sinto-me triste e depois das refeições fico muito ansiosa porque imagino o peixe no estômago e as calorias que isso vai provocar”*. Como a A. M. referiu *“A minha vida foi feita de medos devido à minha timidez. Alguns ainda estão presentes. Ao longo dos tempos e enfrentando as situações que nos provocam o tal desconforto apercebemo-nos que o medo vai diminuindo e até passar. Foi uma surpresa descobrir que nestes anos todos andava numa mentira, usava uma máscara para não desiludir os outros”* (sic). Neste relato estiveram presentes a ansiedade, o medo e também a evidência de alguma reflexão crítica.

Nesta actividade terapêutica, foi notória a expressão escrita e verbal de sentimentos.

Considero que, esta actividade terapêutica permitiu a verbalização de inúmeros sentimentos face às emoções descritas. As pessoas com alexitimia apresentam uma grande dificuldade em descrever os sentimentos aos outros, em identificá-los e em distingui-los das sensações corporais decorrentes da activação emocional.

De facto, e segundo alguns autores (Dejours et al., 1980; Sifneos, 1988; Nemaih, 1996), as pessoas com Alexitimia relacionam-se de uma forma pragmática com a sua realidade externa, demonstrando não ser capaz de descrever nem reconhecer os seus sentimentos. Estas pessoas não são capazes de discriminar entre emoção e sensação corporal, como não distinguem os vários afectos (Nemaih, 1996), sejam de satisfação ou de prazer (McDougall, 1982). Entretanto, podem por vezes manifestar afectos negativos tais como tensão, irritabilidade, frustração, raiva, choro e aborrecimento, tendo, no entanto, dificuldade em descrever o que estão a sentir (M'Uzan e Marty, 1963; Nemiah et al., 1976; Langs, 1978; Krystal, 1979; Sifneos, 1988; Fonte, 1993).

Como relata A.M. “*Não tolero errar. Senti-me frustrada quando isso acontece. Sou muito exigente e não sou capaz de me desiludir mas não mostro isso*” (sic).

Taylor (1994) salientou que ser alexitímico poderia estar associado a uma maior dificuldade no tratamento do distúrbio alimentar, salientando a importância da intervenção ao nível dos sentimentos e das emoções.

Foi de extrema importância trabalhar a expressão das emoções, de forma a ampliarem o conhecimento de si mesmas, estimular a autonomia e reforçar a criatividade, através do desenho e da escrita.

No decorrer desta actividade foi também relevante a harmonização entre emoção e pensamento. Os circuitos que se estabelecem entre o pensamento e o sentimento “explicam a razão por que a emoção é tão crucial para o pensamento eficaz, tanto na tomada de decisões sensatas como para permitir pensar de uma forma clara. Tal como disse a cliente R.A. “tenho esperança em *“pensar que depende da minha força e vontade a cura da minha doença”*” (sic). Em suma e como sublinha Goleman (2006, p.20), “uma visão da natureza humana que ignore o poder das emoções é tristemente míope”.

A actividade terapêutica teve um *feedback* bastante positivo. As clientes foram muito receptivas.

Ao longo da interacção surgiram em mim sentimentos contraditórios, de tristeza e compaixão, por um lado e, de alegria e segurança, por outro.

O reconhecimento das emoções está na base de uma das competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (2009), que considero fundamental para o meu desempenho e que preconiza a capacidade de deter um elevado conhecimento e consciência enquanto pessoa.

Como aspectos positivos, devo salientar, o facto de ter conseguido manter o foco de início ao fim da actividade, centrando-me em aspectos fundamentais, como os sentimentos das pessoas associados à sua forma de funcionamento, assim como as alternativas possíveis para as poder ajudar de uma forma eficaz. A partilha foi muito rica dado que estas pessoas conseguiram exprimir o que sentiam, divulgando as suas emoções, memórias e características da personalidade.

4.2.2. O Álbum de Família: Um instrumento catalisador de emoções

O “*Álbum de família*” foi um instrumento terapêutico utilizado na pessoa com AN. Este teve como objectivo explorar experiências subjectivas, onde os sentimentos, as lembranças, os pensamentos e as informações evocados pelas fotografias fossem uma ponte para a autodescoberta e o autoconhecimento.

O “*Álbum de família*” permitiu criar um espaço de expressão de emoções e comunicação terapêutica, partilha de vivências, em diferentes épocas do seu desenvolvimento, isto é, desde a infância até à fase adulta, com o intuito de revelar as percepções do corpo, as dificuldades e os obstáculos que a própria doença impunha. Participaram três doentes internadas, com o diagnóstico de AN: A.M., estudante de Nutrição; A.R., Bailarina e estudante de Matemática Aplicada; R.A., Bailarina, (Plano de sessão em Anexo VII).

Yalom e Vinogradov (1992) referem que os objectivos gerais do trabalho em grupos de pessoas com anorexia nervosa são: o trabalho sobre a imagem corporal, o aumento do conhecimento sobre as inter-relações entre auto-estima, autocontrolo, imagem corporal e hábitos alimentares.

Este trabalho desenvolveu-se em várias etapas: desde a escolha de fotografias, periodização, observação, selecção e partilha das fotografias.

O acontecimento considerado marcante para a A.R. foi a entrada na academia de dança quando tinha seis anos, refere *"A minha mãe tinha o sonho de dançar e sempre me encorajou"* (sic) e, acrescenta, *"graças a isso aos catorze anos comecei a desenvolver esta doença. A minha professora de ginástica estava sempre a dizer-me para comer pouco pois estava muito gorda"* (sic). Estes acontecimentos de vida deram muitas vezes lugar à transformação de experiências emocionais e sociais, tal como verbalizou e partilhou esta cliente *"O dia mais feliz da minha vida foi quando participei no programa Aqui há Talento, em 2007 e consegui sentir-me bem comigo e com o público"* (sic).

Considero que este espaço permitiu reflectir sobre o processo psicoterapêutico através da consciencialização e optimização de algumas competências e recursos pessoais.

Durante as actividades tornaram-se presentes recordações, memórias, afectos, conteúdos importantes do quotidiano e as emoções associadas, com desfocagem dos estímulos negativos, exclusivamente ligados à doença e ao isolamento.

Muitas experiências subjectivas, foram percebidas, verbalizadas, aprendidas através de um modelo orientado para a análise e reflexão que proporcionou uma estrutura clara de auto-exploração e auto-percepção.

Nesta intervenção, a A.M. colou uma fotografia na praia antes de ter desenvolvido esta doença, e outra no período actual, e referiu: *"Naquilo que me torne! antes era tão bonita e tão feliz, agora estou cadavérica. Por vezes sinto-me impotente, bloqueada, incapaz de pensar de forma correcta e olhar ao espelho e gostar do que vejo"* (sic).

Com esta intervenção pretendeu-se também reintegrar as revelações e os *"insights"* sobre certos acontecimentos, para um melhor conhecimento de si. Também a A.R. revelou: *"Custa-me ver estas fotos porque queria muito voltar a este mundo da dança e por causa desta doença não posso e tenho medo de não conseguir nunca mais voltar. Os meus pais andam sempre chateados por minha culpa. Isolei-me e só me dedico a pensar na comida"* (sic).

Senti que no decorrer desta intervenção obtive uma grande proximidade profissional com estas três pessoas, permitindo desenvolver uma relação de confiança.

Este instrumento ajudou a desvelar as relações, os afectos com as pessoas dessas fotos, que funcionaram como objectos ou elementos do espaço transitivo, da construção relacional simbólica revelando respostas, algumas silenciosas do mundo interior, de que de outra forma as palavras sozinhas não poderiam representar ou descodificar. A A.M. colou as fotografias do casamento do irmão e chorando, refere “*Era tão feliz, nesta altura, não estava nesta prisão que é esta doença, que me impede de sentir*” (sic).

A experiência e o diálogo com as pessoas constituíram momentos que promoveram a individualização e a qualidade dos cuidados. Por outro lado foi esta compreensão da realidade que se constituiu importante na minha aprendizagem profissional. As relações interpessoais no cuidado são transformadas em experiências de aprendizagem e desenvolvimento pessoal. O crescimento nunca é unidireccional. Em cada nova situação há oportunidade para novas aprendizagens, Peplau (1991).

A relação com estas três pessoas permitiu trabalhar sobre o contexto dos cuidados relacionados com a auto-estima e imagem corporal, identificar e corrigir as suas concepções distorcidas associadas à alimentação e melhorar aspectos na relação interpessoal. Toda a história familiar e pessoal relatada através deste “*Álbum de família*”, evocou sentimentos de tristeza e de angústia, com um aumento de sensibilidade no cuidar a estas pessoas. Reflectir sobre esta experiência significou reconhecer que o processo de aprendizagem se prolonga na, com e pela prática.

Por tudo aquilo que emergiu e pelo que observei no decorrer desta actividade, destaco a importância da partilha de situações de cada uma das três pessoas, a nível do percurso individual e familiar, recordando vivências e situações de consciencialização da sua imagem corporal.

5. ESTÁGIO NA COMUNIDADE

No sentido de conhecer uma nova realidade e de me integrar num novo contexto com vista à aquisição de conhecimentos, desenvolvi o meu percurso, no estágio, em contexto comunitário na Clínica da Juventude, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, mais precisamente no Hospital de Dia, integrado no internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia. Estes dois contextos ocorreram em simultâneo no período de Janeiro e Fevereiro de 2011.

Esta situação traduz-se numa nova experiência de aprendizagem, face a um novo contexto, inserido na parte de saúde comunitária e a ligação com o contexto de internamento.

A unidade de internamento, situada dentro do perímetro do Hospital D. Estefânia, num espaço físico único e limitado, tem uma lotação de dez camas para internamento de crianças e jovens até aos 16 anos, com situações psicopatológicas agudas.

A Clínica da Juventude promove a Saúde Mental dos adolescentes, que são encaminhados pela Equipa multidisciplinar da Unidade de internamento de Pedopsiquiatria, do Hospital Dona Estefânia, com objectivos e estruturas adequados às suas necessidades específicas, continuando a assegurar uma avaliação e tratamento efectivos para eles e suas famílias.

Esta unidade recebe jovens entre os 10 e 16 anos, de ambos os sexos, da área geográfica do Serviço de Pedopsiquiatria do CHLC – HDE, a fim de garantir a continuidade dos cuidados em ambulatório. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, com um número total de quarenta jovens. No desenvolvimento das intervenções os jovens estão agrupados de acordo com as necessidades, faixa etária e os objectivos terapêuticos. Cada um dos grupos era constituído por cinco a seis adolescentes, com idades compreendidas entre os 9 e os 16 anos.

Pretende-se que a passagem pelo Hospital de Dia faça parte do crescimento pessoal do jovem e que o ajude a compreender a sua problemática bem como o seu lugar na família.

As actividades nesta instituição passam pelo atendimento individual ou em grupo, a terapia ocupacional, a psicoterapia individual e/ou familiar.

A abordagem neste período do ciclo de vida deverá pautar-se por uma visão holística que contemple as várias dimensões da pessoa.

A intervenção de enfermagem na comunidade implica uma abordagem num sistema em permanente mudança, orienta-se para a capacitação das pessoas a lidar com as fontes de *stress*, de modo a conseguirem restabelecer um equilíbrio saudável.

Os profissionais de saúde que desenvolvem a sua profissão na área da pedopsiquiatria têm um papel determinante na promoção da saúde mental dos adolescentes aos três níveis de prevenção; uma vez que, a sua abordagem holística irá permitir intervir não só ao nível físico, mas também psicológico e sociocultural.

O enfermeiro com uma abordagem holística, compreende os fenómenos em função de uma totalidade integrada através dos seus saberes prático e teórico.

Neste âmbito, a escolha recaiu sobre o modelo de Betty Neuman, já que este realça uma preocupação com a pessoa e o seu ambiente, numa interacção constante.

5.1. Análise reflexiva e avaliação de algumas intervenções realizadas no Internamento de Pedopsiquiatria e no Hospital de Dia

Durante o período de estágio participei em várias actividades desenvolvidas, nos serviços, de Internamento e em Hospital de Dia.

Nos dois contextos de estágio, a orientação da equipa terapêutica foi a cognitivo-comportamental. No entanto sinto que a intervenção de enfermagem deve ser eclética, podendo de algum modo adequar-se de acordo com a pessoa, a situação clínica e os objectivos terapêuticos.

Apesar de existirem vários grupos de adolescentes no Hospital de dia, acompanhei um grupo terapêutico proveniente do Internamento de Pedopsiquiatria do HDE.

Neste espaço participei, juntamente com a equipa multidisciplinar em algumas actividades com objectivos terapêuticos, nomeadamente: a culinária, a fotografia, a expressão plástica, a dramatização, a expressão corporal/movimento, a cine terapia, o espaço da criatividade e descoberta (costura, tecelagem, trabalhos manuais), a comunicação visual, a jardinagem e grupos temáticos onde a actividade moderadora de relação com os pares é realizada através do jornal de parede, terapia pela música, preparação de festas, terapia pela arte e treino de competências pessoais.

Ao longo desta experiência, verifiquei que muitos dos jovens apresentavam problemas ou alterações do comportamento muito semelhantes, de entre as mais comuns destacam-se: o isolamento social, a auto-estima diminuída, os problemas interpessoais, as dificuldades de socialização e a expressão de sentimentos.

5.1.1. A Silhueta: O lugar do corpo no espaço do cuidado terapêutico

Durante este estágio, as actividades desenvolvidas realizaram-se de acordo com diagnósticos de Enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Trabalhei com um grupo de adolescentes internados no Serviço de Pedopsiquiatria, onde se desenvolveu a actividade terapêutica intitulada a “*Silhueta*”.

Com o trabalho de grupo, “o enfermeiro tem a oportunidade de chegar a um maior número de pessoas de uma só vez e estes indivíduos ajudam-se entre si trazendo para o grupo e partilhando os seus sentimentos, opiniões, ideias e comportamentos”, Townsend (2009, p.168).

O trabalho de grupo é a situação ideal para os adolescente que precisam praticar as suas habilidades contratuais. É natural para a maioria deles, procurar os seus pares. Ao oferecer um espaço ao grupo vai permitir aqueles que têm dificuldades na comunicação/ relação com os seus pares, uma ajuda na descoberta e facilitação no que quer que esteja a bloquear o processo.

A partir dos diagnósticos de Enfermagem elaborados segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, traçaram-se os seguintes objectivos: Aumentar a Auto-estima; Melhorar a imagem corporal; Promover a capacidade de socialização.

A intervenção dividiu-se em três partes: quebra-gelo, jogo do contorno e o término da sessão.

O quebra-gelo consistiu numa actividade com um novelo que permitiu estimular a interacção com o outro, promover o relaxamento, e a concentração em si, no aqui-e-agora. Esta actividade decorreu ao som de música, previamente seleccionada. Numa primeira fase a música foi mais dinâmica (interacção e aquecimento) e numa segunda fase mais calma de forma a permitir a concentração em si.

O jogo do contorno consistiu numa actividade que visava a promoção da auto-estima e a capacidade de socialização, (Plano de sessão em Anexo VIII).

Nesta sessão foram delineados objectivos específicos e avaliados os indicadores seleccionados com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

A avaliação foi realizada de forma qualitativa, através da comunicação verbal e não verbal dos elementos do grupo.

Nesta actividade todos os elementos do grupo se mostraram receptivos revelando alguma das suas emoções, sentimentos e pensamentos. Como refere M.S. *“Nunca escreveram palavras tão bonitas para mim. Os meus pais só me dizem que sou mau”* (sic). Sentiram que podiam encontrar apoio com os outros componentes do grupo traduzindo-se este facto num sentimento de auto-confiança. Para o seu desenvolvimento é necessário o conhecimento de si. A autoreflexão, a tomada de consciência e a retroacção dos outros permite descobrir quem somos e como somos. Permite uma retrospectiva das experiências e avaliar os comportamentos relacionais, as decisões e as dificuldades. A A.P. verbalizou *“escreveram que sou muito teimosa, vou tentar não ser tanto porque vocês assim podem não querer ser mais meus amigos”* (sic). Também R.A. mencionou *“Gostei do que escreveram de mim. Nunca pensei que os outros vissem tantas qualidades. Ninguém disse que sou gordo e burro. Na escola dizem e eu fico muito triste”*(sic).

De uma maneira geral, o grupo verbalizou sentimentos positivos em torno de si e/ou da actividade. Os vários relatos permitiram evidenciar o aumento da auto-estima na medida em que se sentiram respeitados e compreendidos. O desenvolvimento da auto-estima positiva foi uma realidade nesta actividade, na medida em que cada um dos elementos do grupo verbalizou as suas capacidades e expectativas.

A auto-estima é o sentimento de valor pessoal que exerce uma grande influência sobre a comunicação entre os clientes. As suas percepções são frequentemente incertas, sujeitas a inúmeras dúvidas. Dependemos largamente dos outros para determinar quem somos (Phaneuf, 2005).

A avaliação da experiência tornou-se importante, na medida em que despertou a atenção e interesse dos participantes; transmitiu um ambiente securizante e de aceitação mútua. Cada um dos elementos revelou sentir-se seguro no seio do grupo para expor os seus pensamentos e emoções. Durante a intervenção houve necessidade de reforçar positivamente as suas atitudes e habilidades.

Como obstáculos no decorrer da intervenção identifiquei a minha inexperiência em gerir o desconhecido, dada a pouca experiência na dinamização de grupos, o controlo do tempo e a transição/ sequência lógica entre as diferentes fases da intervenção.

5.1.2. Almoço Terapêutico: a evidência da dinâmica familiar

O período da puberdade é considerado crítico em relação à insatisfação corporal pois há uma maior percepção por parte do adolescente em relação às influências provenientes de pais, amigos sobre questões relacionadas com o corpo (McCabe, Ricciardelli, Finemore, 2002). Além disso, a adaptação às mudanças do esquema corporal também é determinante na questão da aceitação do corpo (Bearman, Martinez e Stice, 2006; McCabe, Ricciardelli, 2004).

No internamento de Pedopsiquiatria, do Hospital de Dona Estefânia, importa em primeiro lugar ressaltar que o Plano terapêutico aplicado pelo Serviço, a clientes com PCA, baseia-se no Modelo cognitivo comportamental. É definido por etapas e diversas actividades, desde o “*Fazer chamadas telefónicas*”, como etapa inicial, até ao “*Almoço terapêutico*”, com vista à preparação para a Alta clínica. As pessoas com esta problemática dependendo do aumento de peso vão alcançando alguns benefícios (Plano de sessão em anexo IX).

O “*Almoço terapêutico*” foi uma das intervenções realizadas em contexto de estágio a uma jovem de 14 anos, filha única, a viver com os pais e que frequentava o 9º ano de escolaridade.

No início do tratamento foi muito difícil estabelecer uma relação terapêutica com esta jovem devido essencialmente a dois factores: o isolamento por parte da cliente e a sua atitude defensiva.

De forma a ultrapassar esta dificuldade inicial, tentei intervir, através da escuta activa, demonstrando compreensão e oferecendo apoio, reforço positivo, expressando as desvantagens de uma alimentação não adequada e informando a pessoa que dispunha de uma dieta personalizada.

A escuta activa constitui o pano de fundo das atitudes de receptividade e partilha necessárias à comunicação e à relação de ajuda. É complementar à observação. Supõe uma qualidade de presença, disponibilidade, atenção pelo que a pessoa exprime (Phaneuf, 2005). A M.S. verbalizou *“é muito difícil cumprir a dieta em casa, os meus pais estão sempre a trabalhar e como sou boa aluna nem se apercebem, estou sempre sozinha. Na escola arranjo desculpas aos meus amigos para não comer”* (sic).

A promoção das actividades terapêuticas realizadas em conjunto com outras pessoas internadas, constituíram um elemento fundamental para estabelecer uma relação de confiança. Com o decorrer do internamento, M.S. começou a integrar-se e a participar em actividades de grupo e a verbalizar os seus receios. Um exemplo concreto foi o facto de a M.S. referir *“não tenho medo de engordar, o meu receio é o de me chamarem gorda na escola”* (sic).

Quando a cliente atingiu o peso proposto pelo plano terapêutico, foram reforçados os comportamentos e objectivos que a cliente conseguiu atingir e foi-lhe dito que teria de os manter, preparando-a assim para a Alta clínica.

O *“Almoço terapêutico”* foi planeado de acordo com os seguintes objectivos: desmistificar os ideais dos pais da cliente, analisar o desenvolvimento de competências, ajudar a esclarecer dúvidas e a diminuir a ansiedade dos pais. Neste *“Almoço terapêutico”* estiveram presentes o Médico responsável, o Enfermeiro, o Dietista, pessoa com anorexia nervosa e os pais.

O *“Almoço”* proporcionou igualmente uma visualização por parte dos técnicos de saúde de possíveis alterações na relação entre pais e a cliente. O enfermeiro entrevistou no sentido da pessoa verbalizar as suas necessidades e questões, diminuir a sua insegurança, aprofundar os seus conhecimentos e esclarecer as suas dúvidas.

Durante esta intervenção os pais verbalizaram um sentimento de incapacidade e de culpa. A ansiedade dos pais manifestou-se no medo de contrariar a filha.

A mãe verbalizou “*tenho muito medo de perde-la e se a contrario-o ela isola-se cada vez mais. Já está tanto tempo sozinha*” (sic). Foi referido, por parte desta família que a filha estava sempre a tentar desculpar-se para não comer. Na maioria dos casos acabavam por ceder, na esperança que a ausência de conflitos durante as refeições levasse a filha a abandonar estes comportamentos.

A ausência de conflito é o que leva à manutenção da doença. A pessoa com AN passa a ter poder na família através da doença (Honing, 2002).

Estudos recentes sugerem que o sucesso no tratamento de jovens com DCA, passa pelo aumento do poder familiar e o desenvolvimento da capacidade da própria família em ajudar o(a) filho(a) (Russel e tal., 1987 citado por (Honing, 2002).

A equipa abordou a necessidade de estarem mais presentes, pois a filha sentia-se extremamente sozinha; de ter uma maior vigilância à filha, tornando o seu papel mais activo no tratamento.

Neste sentido, o profissional utilizando técnicas de comunicação que promova o relacionamento com estas pessoas e com a sua família, poderá influenciar a obtenção de resultados positivos.

Cabe aos profissionais de saúde desenvolver intervenções de forma a auxiliar a família, a retomar e manter o equilíbrio de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, a fim de que possa adaptar-se e readaptar-se às situações que aparecem nas suas vidas na direcção de seu saúde/bem-estar (Betty Neumam ,1993).

De facto, a partir do momento que a M.S. passou mais tempo com os pais, para que a sua alimentação possa ser vigiada e a relação seja mais empática, começou a aumentar de peso, o que vem a mostrar a extrema importância da família no processo de cura desta jovem adolescente.

Gameiro (1998), descreve o sistema familiar das doentes com anorexia, utilizando a sua concepção estrutural de família como um sistema aberto, em relação dinâmica com o exterior, e o sintoma considerado como o produto de uma organização estrutural disfuncional. O sintoma tende a diminuição à medida que o sistema se adapte e adquira um equilíbrio.

Esta actividade foi uma novidade pois, foi a primeira vez que, participei conjuntamente com a equipa multidisciplinar no “*Almoço terapêutico*”.

No meu ponto de vista, esta intervenção foi de extrema importância pois proporcionou a visualização da dinâmica familiar, permitindo-me uma actuação directa nos cuidados, resultando uma maior consolidação na relação terapêutica.

6. AS QUESTÕES ÉTICAS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo. Este relatório assegurou os princípios éticos supra-citados.

No que diz respeito à aplicação do princípio da autonomia, o adolescente necessita de percorrer as diversas etapas de desenvolvimento sócio-moral, com vista à maturidade necessária para uma autonomia que vai sendo consolidada, possibilitando tomadas de decisão com responsabilidade; os adolescentes estão ainda numa fase de conquista da autonomia (Queirós, 2001).

De acordo com Antunes (1998), a opinião do jovem deve ser tida em conta, em relação à idade e grau de maturidade. Assim, este deve ser envolvido no processo de tomada de decisão, sendo da competência dos pais facilitar o envolvimento dos filhos nas situações.

O adolescente tem direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a autonomia e individualidade estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (Queirós, 2001).

O princípio do respeito da autonomia e consentimento livre e esclarecido devem ser os pilares de mudança na prática dos cuidados em enfermagem.

Quando a pessoa com AN dá entrada no serviço, é devidamente informada pela equipa multidisciplinar acerca do tratamento e das regras inerentes às DCA (Anexo VIII).

Segundo Fortin (2006), um outro princípio, o da confidencialidade prende-se com o facto de o indivíduo decidir a informação de cariz pessoal que ele pretende que se torne pública, no decorrer das intervenções. Os participantes devem estar informados acerca da natureza e finalidade das mesmas. Este princípio é violado se forem transmitidas informações pessoais a outras pessoas, sem o consentimento do cliente. O direito ao anonimato é respeitado se a identidade da pessoa não puder ser descoberta por nenhum meio.

Desta forma toda a informação utilizada ao longo das intervenções será de cariz confidencial e em nenhum momento serão utilizados nomes ou dados pessoais que possam identificar directa ou indirectamente as pessoas com anorexia nervosa.

Estas pedem frequentemente aos técnicos para não revelarem determinado tipo de informação, pois sentem-se envergonhadas com os comportamentos que, por vezes, adoptam. A confidencialidade é um dos pilares fundamentais para a sustentação de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o cliente. É esta garantia que faz com que as pessoas com AN procurem a ajuda do profissional quando necessitam.

Foi salvaguardada a confidencialidade e identidade dos participantes do estudo, respeitando a sua decisão quanto à participação nas actividades, em que os pais das pessoas em questão foram informados, através das reuniões familiares, da evolução do seu tratamento.

A privacidade é a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, bem como do acesso à própria pessoa e à sua intimidade; é a preservação do anonimato; é o respeito ao direito de o indivíduo manter-se afastado ou permanecer só; o direito que o paciente tem de não ser observado sem sua autorização.

O artigo XII da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proposto pela ONU em 1948, já estabelecia o direito à não interferência na vida privada pessoal ou familiar. As instituições têm a obrigação de manter um sistema seguro de protecção aos documentos que contenham registos com informações de seus pacientes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração na organização e dinâmica no contexto clínico, onde desenvolvi as minhas funções como enfermeira, permitiu o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas específicas a pessoas com AN, visto que era um serviço com características próprias de cuidados destas situações clínicas, mas por outro lado, trouxe alguns constrangimentos por ser o próprio serviço, onde desempenhava funções. Nem sempre era compreendida os momentos de “retirada” para pesquisa. Por vezes, foi difícil separar as vertentes profissional e académica, tanto para mim, como para a equipa e como para os clientes.

Os momentos de reflexão permitiram um olhar para as minhas experiências e analisar os comportamentos relacionais, as decisões e as dificuldades, desenvolvendo a capacidade crítica de reflexão na acção e sobre a acção, de forma a ampliar o auto-conhecimento.

Desenvolvi esta competência, identificando as minhas emoções, e sentimentos, que poderiam interferir na relação terapêutica com o cliente; procurei gerir os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e manter o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico e monitorizei as reacções efectuando reflexões críticas acerca das minhas intervenções.

Ao longo do período de estágio, a fim de ultrapassar estes impasses e gerir estes fenómenos, foi indispensável a supervisão que me forneceu suporte teórico e técnico, incrementou bastante a minha aprendizagem e mostrou-me diferentes perspectivas sobre como olhar, pensar e intervir em cada situação.

Foi, com efeito, um desafio gerir os meus próprios sentimentos e o das pessoas a quem prestei cuidados de modo a providenciar uma abordagem coesa e integradora.

O trabalho desenvolvido tornou-se numa importante experiência que me mobilizou no sentido de desenvolver novas e antigas capacidades ao nível da comunicação, da empatia, da flexibilidade, da capacidade de me colocar no lugar do Outro e da possibilidade de encontrar novas formas de reflectir, ao invés de ficar focada nos comportamentos menos flexíveis e manipuladores destas pessoas.

Consciente das minhas limitações, das minhas áreas problemáticas, foi através da relação de ajuda, com as Pessoas com Anorexia Nervosa que foi possível a consciencialização de uma das minhas áreas menos desenvolvidas, de forma a trabalhá-las e obter resultados.

Durante o acompanhamento da pessoa S.C. através da realização da actividade o “*Álbum de Família*”, no período de um mês, houve espaço para a reflexão, o silêncio, a confrontação, de forma a obter uma informação significativa. Realizei várias técnicas de comunicação de forma a desenvolver uma comunicação eficaz. A M.C. começou a proferir durante a intervenção terapêutica algumas verbalizações que permitiram compreender a sua história pessoal e familiar, dando especial ênfase à vivência de sentimentos relacionados com o seu pai. Esta foi capaz de transmitir/ verbalizar o que sentiu em vários momentos mais significativos da sua infância, da sua adolescência e idade adulta, bem como, os projectos que gostava de concretizar. Estabeleceu-se uma relação de confiança conseguindo trabalhar os pensamentos e sentimentos mais profundos da cliente através de uma relação mais profícua.

Através da reflexão e consciencialização fui-me apercebendo das minhas dificuldades e constrangimentos de forma a poder alterá-los.

Os momentos de reflexão permitiram o olhar para as minhas experiências, analisar os comportamentos relacionais, as dificuldades e as tomadas de decisão no caminho da construção da minha identidade pessoal e profissional. Consequentemente mais empática, assertiva, mais consciente, mais segura e confiante nas tomadas de decisão, com menos preconceitos e com um estilo profissional de actuação cada vez mais próprio e baseado nas evidências.

Em relação a perspectivas futuras, darei continuidade ao Manual de Acolhimento a pessoas com PCA, no serviço de internamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSM, iniciado durante o percurso de estágio, de forma a ser uma ferramenta de consulta para todos os técnicos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (1996). **Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar**. Lisboa: Afirse Portuguesa.

Adam, E. (1994). **Ser Enfermeira**. Col. Medicina e Saúde, nº 3. Lisboa: Instituto Piaget.

American Psychiatric Association (2006). **DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais**.. 4ª ed..Lisboa: Climepsi.

Apfeldorfer, G. (1997). **Anorexia, Bulimia, Obesidade**. Lisboa: Instituto Piaget.

Baker, P. (2004). **Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing: in search of the whole person**. 2ªed. Nelson Thornes: Cheltenham.

Beales, L.; Dolton, R. (2000). **Eating disordered patients: personality, alexithymia, and implications for primary care**. British Journal of General Practice, 50(450),p. 21-26.

Benner, P. (2001). **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto

Berg, M.; Hurley, J.; Mcsherry, A.; Strange, E. (2002). **Eating Disorders: a patient - Centered Approach**. Oxon: Radcliffe Medical Press.

Bisquerra, R. (2008). **Educación emocional y bienestar**. 6ª ed. Madrid: Wolters Kluwer.

Bouça, D. (2000). **Anorexia Nervosa: Minha Amiga**. 2ª ed. Porto: Ambar.

Bouça, D.; Sampaio, D. (2002). **Avaliação Clínica nas Doenças do Comportamento Alimentar**. In: **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Lisboa. Vol.4, nº2, (Julho-Dezembro). p. 121-133.

Braconnier A.; Marcelli, D.(2000). **As mil faces da adolescência**. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Carmo, I. (2001). **Doenças do Comportamento Alimentar**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cave, K. (2009). **Influences of disordered eating in prepubescent children**. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 47(2), 21-24.

Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010191799&site=ehost-live>

Chalifour, J. (2008). **A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2009). **A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção**. Lisboa: Lusodidacta.

Collière, M. (1999). **Promover a Vida. Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0**. Lisboa.

Correia, M.; Alves, M. (1990). **Gravidez na Adolescência: o nascimento de uma consulta e um programa de intervenção**. *Análise Psicológica*, Agosto nº4, p. 429-434.

Damásio, A. (2008). **O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência**. 16ª ed.. Mira-Sintra – Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2009). **O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano**. 25ª ed.. Mira-Sintra – Mem Martins: Publicações Europa-América.

D'Espiney, A. (1997). **Formação inicial/formação contínua dos enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho**, In CANÁRIO, Rui et al, **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora.

Diogo, P. (2006). **A vida emocional do enfermeiro, uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados**. Coimbra: Formasau.

Duchesne, M.; Almeida, P. (2002). **Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares**. Revista Brasileira de Psiquiatria, Supl III, Rio de Janeiro, p. 49-53.

Estanqueiro, A. (2001). **Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal**. Lisboa: Editorial Presença.

Filliozat, I. (1998). **A Inteligência do Coração-Rudimentos de Gramática Emocional**. 1ª Reimpressão da 1ª edição. Pergaminho: Lisboa.

Fortin, M. (2003). **O Processo de Investigação - da Concepção à Realização**. 3ª edição. Lusociência: Loures.

Gameiro J. (1998). **Quem sai aos seus**. Lisboa: Edições Afrontamento

Gabbard, G. (1998). **Psiquiatria psicodinâmica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

George, L. (1997). **The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship.** In: **Journal of Advanced Nursing.** Oxford.Vol.26, nº 5, Novembro, p. 899-908.

Goleman, D. (2003). **Inteligência Emocional.** Temas e debates: Lisboa.

Goleman, D.; Boyatzis, R.; Mckee, A. (2003). **Os Novos Líderes - A Inteligência Emocional nas Organizações.** 2ª edição. Gradiva: Lisboa.

Goleman, D. (2005). **Trabalhar com Inteligência Emocional.** 3ª edição. Temas e debates: Lisboa.

Harris, M.; Eberly, M.; Cumella, E. (2004). **Helping teenagers with eating disorders.** Nursing, 34(10), 24-25.

Hesbeen, W. (2000). **Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Lusociência: Loures.

International Council of Nursing (2006). **CIPE 1.0: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – Versão 1.0.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jenkins, R., Newton, J. e Young, R. (1996). **A Prevenção da Depressão e da Ansiedade. O papel da equipa de cuidados de saúde primários.** Lisboa: Climepsi Editores.

Johnson, M.; [et al] (2004). **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).** 2ªed. Artmed:Porto Alegre.

Kaplan e Sadock (2007). **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** (9ª ed.) São Paulo: Artmed.

Katona, C.; Robertson, M. (2009). **Compêndio de Psiquiatria.** Lisboa: Instituto Piaget.

King, S. (2000). **Caring for adolescents females with anorexia nervosa: registered nurses perspective.** In: **Journal of Advanced Nursing.** Oxford. Vol.32, nº 1 (Julho). p.139-147.

Knapp, P. (2004). **Terapia Cognitivo Comportamental na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed,

Kraft, T.; Kraft, D. (2009). **The place of hypnosis in psychiatry, part 3: the application to the treatment of eating disorders.** Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis, 37(1), 1-20. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010322797&site=ehost-live>

Lazure, H. (1994). **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critériode competência da enfermeira.** Lusodidacta: Lisboa.

Leal, I. (2004). **Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio.** 3ª edição revista ed.. Lisboa: Edições ISPA.

Lopes, J. (2006). **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance.** Formasau: Coimbra.

Manes, S. (2009). **83 Jogos Psicológicos para as dinâmicas de Grupos.** Paulus Editora. Lisboa.

Martin, D.; Boeck, K. (2002). **QE – O que é a Inteligência Emocional.** 3ª reimpressão da 2ª edição. Pergaminho: Lisboa.

Mccloskey,J.; Bulechek, G. (2004). **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** 3ªed.. Porto Alegre: Artmed.

Meleis, A.; Tranenstein, P. (1994). **Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission**. *Nursing Outlook*. 42 (6), p.255-259;

Monteiro, M.; Santos, M. (2002). **Psicologia**. Volume 2. Porto: Porto Editora, 2002.

Montgomery, S. (2000). **Ansiedade e Depressão**. Lisboa: Climepsi Editores.

Moraes, L.; Lopes, M.; Braga, V. (2006). **Componentes Funcionais da teoria de Peplau e a sua confluência com o referencial de grupo**. In: **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol.19, nº 2 (Abril/Junho). p. 228-233.

Neuman, B. (1995a). **The Neuman systems model**. (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B. (1995b). **In conclusion—Toward new beginnings**. In **B. Neuman, The Neuman systems model**. (3rd ed., p. 671–703). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Neuman, B. (1995c). **The Neuman systems model**. In **B. Neuman, The Neuman systems model**. (3rd ed., p. 3–61). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Newton, M. (2005). **Exploring the psychopathology of anorexia nervosa: a Mahlerian standpoint**. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(4), 172-180.

Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009086042&site=ehost-live>

Oatley, Keith e Jenkins, Jennifer M. (2002). **Compreender as Emoções**. Lisboa: Instituto Piaget.

Ogden, J. (1999). **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, A. S.; António, P. (2006). **Sentimentos dos adolescentes relacionados ao fenómeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto.** In Revista electrónica de enfermagem, vol.8, n.º1. Disponível em:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/946/1157>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadroesQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). **Proposta de Sistema de Individualização de Especialistas em Enfermagem (SIECE).** Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Caderno temático.** Disponível em:

www.ordemenfermeiros.pt.

Pavarino, M. (2004). **Agressividade e empatia: um estudo com crianças pré-escolares.** [Dissertação de Mestrado], Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Peplau, H.E. (1990). **Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica.** Barcelona: Masson-Salvat.

Phaneuf, M. e Grondin, L. (1992). **Planificação dos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Instituto Piaget.

Phaneuf, M. e Grondin, L. (2000). **Manual de Enfermagem – Utilização dos diagnósticos de enfermagem.** Lisboa: Instituto Piaget.

Phaneuf, M. (2005). **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Lisboa: Lusodidacta.

Queirós, A. (2001). **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora.

Raich, R. (2001). **Anorexia e Bulimia**. Amadora: McGraw-Hill.

Ramjan, L. (2004). **Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa**. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.

Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004071111&site=ehost-live>

Russell G.; Szmukler G.; Dare C.; Eisler I. (1987). **An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa**. *Archives of General Psychiatry*; 44, p. 1047-56.

Ruzany, M. e Szwarcwald, C. (2000). **Oportunidades perdidas de atención integral del adolescent: resultados del estudio-piloto**. (Versão electrónica). *Adolescência Latinoamericana*, p. 26-35.

Sampaio, D. (1994). **Métodos de avaliação na família**. In Sampaio e Resina (coord.). *Saúde e Doença*. Lisboa. Instituto de Clínica Geral.

Sampaio, D. (1998). **Vivemos Livres numa Prisão**. Lisboa: Ed. Caminho.

Stuart, G; Laraia, M (2001). **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Stroebe, W.; Margaret S. (1966). **Psicologia Social e Saúde**. Lisboa: Instituto Piaget.

Stuart, G.; Laraia, M. (2002). **Enfermagem Psiquiátrica**. 4ª ed.. Lisboa: Reichmann & Affonso Editores.

Taylor, G. (1994). **The alexithymia construct: Conceptualisation, validation and relationship with basic dimensions of personality.** *New trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10(2/94), p. 61-74.

Townsend, M. (2002). **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados.** 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Turner, J. (2003). **Origens das Emoções Humanas. Um inquérito sociológico acerca da evolução da afectividade.** Lisboa: Instituto Piaget.

Valladares, A. (2002). **Arteterapia no novo paradigma de atenção em Saúde Mental.** Vetor Editora.

Yalom, I.; Vinogradov, S. (1992). **Manual de Psicoterapia de grupo.** Porto Alegre: Artes Médicas.

Watson, J. (2002). **Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem.** Loures: Lusociência.

Anexo I: Os quatro paradigmas segundo Betty Neuman

1. Pessoa – é um sistema aberto em contacto com seu meio e em permanente mudança e movimento, interagindo reciprocamente. É multidimensional e composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;
2. Ambiente – é definido como um conjunto de forças internas e externas que circundam o cliente a todo o momento. Este ambiente criado é dinâmico e multidimensional e pode ser influenciado positiva ou negativamente por forças do ambiente num dado momento;
3. Saúde – é um *contínuum* de bem-estar de natureza dinâmica que está constantemente sujeita à mudança. Está dependente de vários graus de harmonia ou oscilação entre envolventes internas e externas, por meio de um processo de interacção e ajustamentos.
4. Cuidados de Enfermagem – a enfermagem é uma profissão única que se ocupa com todas as variáveis que afectam os clientes no seu ambiente e as suas respostas aos factores de *stress*. O trabalho da enfermagem visa à manutenção ou recuperação do equilíbrio físico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual da pessoa, enquanto o mesmo enfrenta o *stress*. O objectivo é orientar o cliente na conservação e no uso da energia como uma força para se deslocar em direcção à condição ideal, aumentando o nível de bem-estar.



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESMP

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE INTERACÇÃO

Há 25 dias que a cliente A. R. que vou descrever deu entrada no serviço de Internamento de Psiquiatria de Agudos, do CHLN, serviço onde trabalho.

É acompanhada há um ano em Consulta de Psiquiatria com o diagnóstico de Anorexia Nervosa do tipo Restritivo, com traços obsessivos, sendo este o 3º internamento. Encontro-a com aspecto bastante emagrecido, pele e mucosas descoradas. Tem vinte e um anos de idade, solteira, vive com os pais, tem uma irmã. Tem o curso de dança. Apresenta imagem corporal distorcida, baixa auto-estima, humor deprimido, preocupação excessiva com a aparência e como as outras pessoas a percebem. Apresenta discurso centrado na temática alimentar. Encontra-se isolada do grupo.

À entrada referia que tinha muito medo de engordar, que via gordura em todos os alimentos e que sentia que essa gordura ficava na boca e que face a isto, aumentava muito o peso.

No período de observação da refeição do jantar interpelou-me referindo que sentia muitas dificuldades em ingerir a quantidade de sopa que tinha sido introduzida à dois dias. Ofereci apoio e reforço positivo e acabou por cumprir.

No final abordou-me referindo que queria conversar comigo, que era muito importante a minha presença e que confiava em mim para desabafar. Foi combinada a hora.

O ambiente estava acolhedor. Constava de uma sala com sofás, de paredes de cor azul claro. A interação iniciou-se cerca das 22 horas, quando as outras pessoas internadas já descansavam. O silêncio ajudava à interação.

Decurso da interacção

Percebi que a cliente estava receptiva ao diálogo. Observei que estava pouco a pouco a ultrapassar os seus medos e obsessões já que no início não tinha qualquer insight ao facto de reconhecer os seus rituais e há 10 dias pedi-lhe para fazer o registo em folha própria, todas as vezes que ia lavar as mãos e quanto tempo passava a lavar os dentes. No início mostrou-se um pouco apreensiva com o resultado observado na medida em que lavava as mãos 22 vezes por dia. Ao longo destes dias estas obsessões diminuíram na medida em que quando ia para o fazer recorria aos enfermeiros no sentido de mudar esta conduta. Discutiram-se os problemas que precipitavam estes comportamentos.

O que eu penso

Ela estava a sofrer muito. A sua angústia era marcada por medos. Como poderei ajudar? Pensei...o que ganha em continuar com estes pensamentos? Com esta doença? Como posso intervir no sentido de mudar esta conduta?... Penso que confia em mim apesar de ser uma pessoa introvertida e de difícil relacionamento com a equipa, muito fechada no seu mundo e nos seus medos.

O que eu sinto

Sentia-me calma, embora durante o decurso da interação surgissem sentimentos contraditórios (pena, compaixão, irritabilidade, outros). Percepcionei que a pessoa estava motivada para a interacção. Encontrei-a sorridente, mais confiante que no início do internamento. A sua angústia e ansiedade diminuíram. Sinto cada vez mais a sua proximidade.

As minhas motivações e intenções

Tinha que olhar para a pessoa que necessita de ajuda. Precisava de encorajá-la, não a pressionar, não me sentir irritada, ser paciente e agir com tranquilidade, aceitando e compreendendo a dimensão da sua doença.

A minha motivação foi no sentido de a tranquilizar e perceber quais os sentimentos que estariam na origem da sua angústia.

A minha intenção era estabelecer um “vínculo de confiança”, compreender sensivelmente para captar os seus sentimentos, as suas perspectivas, a sua identidade nas várias dimensões, como ser humano: físico, psíquico, cultural, espiritual e social.

O que digo ou faço

No decorrer da interação a A.R. apresentava-se com uma fâcies ansiosa. Toquei-lhe na mão e questionei-a “*Como se tem sentido ao longo do internamento?*” (sic). Sorridente, exclamou: “*Em relação à lavagem das mãos e dentes estou melhor. Tinha aqueles pensamentos em relação à gordura que já lhe contei e agora já aparecem menos vezes. Em relação à tristeza também estou muito melhor, apetecia-me morrer e agora não. É uma doença muito difícil mas com a sua ajuda tenho conseguido estar mais calma, ter sentido de humor. Sabe todas as vezes que você me fechava a torneira para não continuar a lavar ficava irritada consigo, só me apetecia gritar mas agora percebo que só me queria ajudar e que posso confiar em si*” (sic). Esbocei um enorme sorriso e senti um grande prazer e satisfação ao ouvi-la. Retorqui: “*O meu papel aqui é também motivá-la a alterar a postura e certos comportamentos*” (sic). Desde o primeiro dia de internamento que insistia com a A.R. sobre esta temática. Acrescentando, “*Precisa de melhorar os seus comportamentos, diminuir essa angústia, esse olhar aflito quando olha para os alimentos. Teve uma melhoria francamente positiva em relação à diminuição dos rituais de lavagem, na regularização da dieta e na diminuição do exercício*” (sic).

Olhou-me nos olhos “*Sabe aqui sinto-me protegida, sinto que há pessoas que me compreendem, não faço comparações com ninguém, posso ser Eu mesma. É muito mais fácil estar aqui que no exterior. Lá fora tenho medo de regressar, ainda por cima com a minha irmã lá é pior, por vezes. Era isso que lhe queria dizer, sabe sempre me senti como um patinho feio. A minha irmã gémea em tudo é melhor, na dança sempre estive em primeiro, os meus pais sempre tiveram mais paciência para ela, é mais bonita, tem muitos amigos. Sempre me senti em segundo plano e tenho muita vergonha de dizer isto, mesmo muita!*”

Ela começou a emagrecer e eu fui atrás, tentei imitá-la e agora estou assim” (sic). Inclinou a cabeça para baixo, a sua expressão era de tristeza.

Segurei-lhe na mão, ”Não tenha vergonha em falar sobre isso. É muito bom saber que confia em mim para partilhar o que lhe provoca angústia.

Pense que você e a sua irmã são pessoas diferentes, que é única, com imensas qualidades e capacidades. Tem que começar a ser mais segura, a acreditar em si e nas suas potencialidades, sem se comparar a ninguém, são pessoas diferentes. A sua irmã teve algumas oportunidades, você teve outras. Já pensou em conversar com os seus pais sobre isto? Talvez ficasse mais aliviada depois de dialogar com eles” (sic).

Exclamou ”Nunca pensei nisso porque tenho medo da resposta” (sic). Vou-lhe contar uma história, a do “Patinho Feio” : “Era uma vez um patinho, todos os dias ia para a escola levado pela sua mãe pata, ia sempre dentro de um cestinho, e dentro do cestinho ficava todo o dia lá num cantinho. Pintainhos, galos, galinhas, pintassilgos e outros animais de penas, sim porque aquela escola era uma escola de aves, estranhavam aquele patinho, não se aproximavam porque ele tinha um bico de pato zangado, e comentavam entre eles quando queriam falar do patinho do cestinho - Ah, o patinho feio! Certo dia um grupo de patos, pintos e outros tais decidiram fazer umas pinturas com tinta de muitas cores, procuraram um espaço e sem repararem instalaram-se muito perto do patinho feio, o entusiasmo era tal que no patinho não reparavam, mas o patinho reparou e cheio de vontade de pintar ficou. Esticou a asa, enfiou-a dentro das tintas e na parede do seu canto pintou. Este patinho pintou um lindo pato a correr para o laguinho, e o seu bico de pato feio, transformou-se.

Os outros, repararam e aplaudiram e passaram a chamar o patinho feio simplesmente o PATINHO, que deixou assim o seu cantinho” (sic). A A.R. sorriu e disse “ Não me posso isolar tanto, tenho que mudar estes pensamentos e comportamentos. Esta doença não me deixa ver que tenho qualidades e que sou boa pessoa. São apenas pensamentos que me dizem que as pessoas e os meus pais não gostam de mim mas isso é mentira. Deixei de acreditar em tudo por causa disto, estou tão cansada. Obrigado Enfermeira, é por isso que gosto tanto de si, compreende-me e tem sempre uma palavra de conforto. A história tornou-se clara para mim, nunca me mostrei como verdadeiramente sou. Isolo-me, tenho muitos medos e não me valorizo” (sic). Abraçou-me e saiu da sala, “Vou dormir, estou mais leve agora” (sic). Sorri e desejei-lhe boa noite.

ANÁLISE DA INTERACÇÃO

No início do tratamento a A.R. isolava-se muito... ninguém a entendia mas, com o passar do tempo, começou a ter contacto comigo e a criar empatia e confiança. Como mudou esta rapariga em relação ao início que não me procurava, nem queria falar com ninguém, só estudava. No início até pena senti e agora sinto uma enorme alegria por confiar em mim. Começo a ter muito mais calma, não me sentir tão frustrada. Começo a sentir uma maior autenticidade, uma maior “abertura de mim”, das minhas ansiedades e dificuldades que são inevitáveis. Estes óbices e “estados de alma”, assim como, a grande sensibilidade que sempre me foi peculiar, emergem a cada situação.

Para sentir satisfação e realização pessoal, em contexto profissional, sempre necessitei de compreender o ser humano na sua globalidade. Nunca me contentei com a mera proximidade com os outros seres humanos. No fundo, se estabeleço relações com o Outro é porque emergem afectos. Sinto que é o que começa a suceder gradualmente com as pessoas com NA.

A partir das vivências com estas pessoas no dia-a-dia, dos feedbacks que recebo e reconheço, as tensões emocionais que experiencio e a forma como as interiorizo têm contribuído para o meu desenvolvimento a fim de maximizar as minhas motivações e entusiasmos, procurando criar condições nas quais os “Eus” dos “Outros” possam florescer. É isto que me motiva, que me deixou tão feliz quando esta cliente me abordou.

Sinto que estou a pôr à prova as minhas capacidades de relação com os outros. Quer seja em contactos informais ou não, há uma interacção constante com a família, os colegas, a equipa, enfim, com um grande grupo de pessoas que o influenciam e que, por sua vez, são influenciadas. Penso que o modo como estabeleço estas relações relectra a minha maneira de pensar, estar, sentir e ser. No dia-a-dia vou conhecendo facetas da minha personalidade, que permitem ajuizar sobre a minha pessoa e o que esperar de mim.

Mas para isto preciso de conhecer o meu *Eu*, os limites do envolvimento emocional...Será restrito?...Com esta interacção sinto que sou uma verdadeira perscrutadora da minha formação, actriz e autora do meu conhecimento!... com a mente aberta e a funcionar como um “para-que-das” que pede ajuda ao tempo para

conseguir perceber o que penso de mim, o quanto me valorizo e o quanto acredito que sou capaz de reconhecer os meus próprios padrões de comportamento. Isto permitirá ficar pronta para, se assim o desejar, começar a mudá-los.

Ora se criam grandes expectativas, ora se desmorona a confiança e o optimismo e se tomba na apatia e no desinteresse. No primeiro caso, o percurso para a descoberta e para o desenvolvimento surge como via estimulante; no segundo, pelo contrário, é a confusão, o volúvel, o instável, o isolamento, o refúgio que (des) norteia o meu Ser.

Deparei-me diariamente com contradições a todos os níveis, que geram desconforto e mal-estar, provocam desconfianças e auto-limitações. De facto, senti no momento desta intervenção muita confiança.

Recordo a caixinha de surpresas, a “*fada*” que veio pelo passeio de norte a sul dar-me a varinha cheia de belezas e pedir-me, olhos nos olhos, para me sentar num campo de flores, para subir a mais alta montanha, para construir o meu reino, beber da mais límpida água, dominar e querer ser dominada pelo mais puro sentimento de uma profissional de coração: apaixonada pelo que faço; possuidora de um espírito crítico, de um espírito respeitador do outro, das suas ideias e das suas culturas, de um espírito capaz de uma reflexão consciente sobre os valores, de uma profissional autónoma, solidária e livre...

Segundo Estanqueiro (2000, p.15), “é fascinante a aventura de descobrir as outras pessoas, mas não menos fascinante é a aventura de descobrir-se a si mesmo e tomar consciência das próprias capacidades e limitações”.

Uma pessoa que se conheça a si própria, poderá, mais facilmente, superar os seus pontos fracos e desenvolver os mais positivos. Deste modo, a pessoa dará um passo decisivo na construção da sua auto-estima e auto-confiança, o que facilitará a comunicação interpessoal.

O conceito de envolvimento profissional como a participação total do eu, usando todas as dimensões da pessoa como uma fonte na relação profissional, “está vinculado ao conceito de um relacionamento interpessoal no cuidar entre a pessoa e o enfermeiro” (Watson, 2002, p. 114).

Desde o início deste estágio que sou levada a reflectir sobre a importância da relação pessoal e interpessoal, a minha auto-estima, auto-confiança e auto-conhecimento enquanto condições fundamentais para estabelecer boas relações com os outros. É necessário possuir uma elevada competência na arte de lidar com as pessoas portadoras de anorexia nervosa já que estas se encontram em situações de grande fragilidade física e emocional. Não é fácil estabelecer um comedimento de envolvimento emocional. Como disse a Dr.^a Dulce, Chefe de equipa do comportamento alimentar, “*Isto vai-se aprendendo com o tempo*”(sic).

De facto, é fascinante a aventura de descobrir as outras pessoas, mas não menos fascinante é a aventura de descobrir-me e tomar consciência das minhas próprias capacidades e limitações.

A qualificação da minha pessoa é também a capacidade que tenho de reflectir sobre mim, de retirar lições da experiência, de conceptualizar problemas e de examinar erros.

Esta intervenção ajudou-me a crescer como profissional, no qual os meus comportamentos e sentimentos, como ajudar, ouvir, respeitar, mostrando capacidade de empatia tornou-se cada vez mais notória relativamente a este tipo de patologia.

Anexo III: Estudo de Caso

Anexo IV: Plano de Intervenção

PLANO DA INTERVENÇÃO

Tema da intervenção: O “*Diário*” como instrumento terapêutico.

Finalidades: Capacitar a cliente para a tomada de consciência de si mesmo (facilitar a expressão e gestão emocional); facilitar o processo terapêutico através da relação de ajuda.

Destinatários: Uma pessoa com Anorexia nervosa.

Duração: Durante o mês de Dezembro de 2010.

Local: Sala destinada ao C.A., da Enfermaria II, que permite a realização da actividade terapêutica e é composta por 1 mesa e 6 cadeiras.

Objectivo: Promover o desenvolvimento pessoal através de um processo de análise e introspecção; Favorecer o relato da História pessoal, familiar e social.

Descrição da actividade: É solicitada à pessoa para escrever, desenhar ou fazer colagens de fotografias relativamente a acontecimentos de vida significativos. É esclarecido que a biografia pode iniciar com qualquer acontecimento e em qualquer idade. Foram criados espaços para a análise e reflexão dos acontecimentos de vida.

Avaliação: No final da intervenção preconiza-se a avaliação para um balanço da actividade e expressão de sentimentos de emoções.

Anexo V: Certificado da participação no XI Congresso Português de Arte-Terapia

Anexo VI: Plano de Intervenção

PLANO DA INTERVENÇÃO

Tema da intervenção: A “*Janela das emoções*”.

Finalidades: Facilitar a expressão de sentimentos, emoções e memórias com o intuito de trabalhar algumas características da personalidade, de forma a facilitar o processo terapêutico.

Destinatários: Três pessoas com distúrbio do comportamento alimentar.

Duração: Durante o mês de Novembro de 2010.

Local: Sala destinada ao C.A., da Enfermaria II, que permite a realização da actividade terapêutica e é composta por 1 mesa e 6 cadeiras.

Objectivo da Sessão: Aumentar a auto-confiança e a expressão de sentimentos; promover a reflexão e a melhoria da comunicação; Fomentar a partilha e o apoio.

Descrição da actividade: É explicado a sequência da actividade e fornecido o material que consistia numa prancha de cartolina com nove subdivisões e a cada uma delas correspondiam uma emoção: alegria; surpresa; esperança; amor; aversão; ansiedade; tristeza; compaixão e medo. É solicitada à pessoa para escrever e desenhar o significado de cada uma delas.

Avaliação: No final da intervenção preconiza-se a avaliação para uma apreciação da actividade e expressão de sentimentos relativa a cada uma das emoções.

Anexo VII: Plano de intervenção

PLANO DA INTERVENÇÃO

Tema da intervenção: O “*Álbum de família*”.

Finalidades: Expressar emoções que emergem no decorrer da intervenção; estimular a criatividade; Capacitar a cliente para a tomada de consciência de si mesmo (facilitar a gestão emocional); facilitar o processo terapêutico através da análise e reflexão da sua história pessoal e familiar.

Destinatários: Três pessoas com distúrbio do comportamento alimentar.

Duração: Durante o mês de Dezembro de 2010.

Local: Sala destinada ao C.A., da Enfermaria II, que permite a realização da actividade terapêutica e é composta por 1 mesa e 6 cadeiras.

Objectivo da Sessão: Ampliar o conhecimento de si; Favorecer o processo terapêutico, de forma que a pessoa revele a sua história pessoal e familiar; conseguir transmitir sentimentos, memórias e aspectos da personalidade; desenvolver a auto-percepção e desenvolvimento pessoal

Descrição da actividade: É solicitada às pessoas para escolher, seleccionar e partilhar fotografias. É entregue um papel de cenário onde cada uma das pessoas, em primeiro lugar, escreve o seu nome e, depois, todas as informações que quer fornecer da sua história pessoal e familiar, como por exemplo: interesses, desejos, acontecimentos de vida mais marcantes, aspirações, emoções, relação com os outros. É solicitado que o façam através das fotografias seleccionadas, bem como, através de desenhos e da escrita.

Avaliação: No final da intervenção preconiza-se a avaliação para um balanço da actividade e relato de vivências e emoções.

Anexo VIII: Plano de intervenção

PLANO DA INTERVENÇÃO

Tema da intervenção: A “*Silhueta*”.

Finalidades: Expressar emoções que emergem no decorrer da intervenção; estimular a criatividade; tomar consciência de si mesmo; facilitar o processo terapêutico; analisar a sua história pessoal e familiar.

Destinatários: Grupo de adolescentes.

Duração: Durante o mês de Dezembro de 2010.

Local: Sala destinada à realização de actividades terapêuticas.

Objectivo: Ampliar o conhecimento de si; capacitar as pessoas para transmitir sentimentos, memórias e aspectos da personalidade.

Descrição da actividade: A actividade terapêutica irá ser dividida em quatro fases: na primeira fase, existe um tempo de desenho em que o grupo é dividido por pares sendo que cada elemento tem de fazer o contorno do outro elemento, estando este na posição mais confortável para ele em cima do papel de cenário; na segunda fase, cada participante tem de escrever dentro de cada figura anteriormente desenhada, as características que, na sua opinião, esta pessoa tem ou sentimentos que tenha pela mesma; na terceira fase, cada participante tem de escolher objectos e figuras, entre vários disponibilizados por nós, que mais identificam a pessoa e colar à volta da figura. Por fim, na quarta fase, haverá um período de discussão que tende a focalizar-se em como o paciente se sente e em como aquela arte o faz sentir, sendo convidado a reflectir sobre os seus sentimentos.

Avaliação: No final da intervenção preconiza-se a avaliação para um balanço da actividade e relato de sentimentos e aspectos da personalidade.

Anexo IX: Plano de intervenção

PLANO DA INTERVENÇÃO

Tema da intervenção: O “*Almoço terapêutico*”.

Finalidades: Envolver a família no processo terapêutico.

Destinatários: Uma pessoa com anorexia nervosa e pais da cliente.

Duração: 2 horas

Local: Espaço disponibilizado pelo refeitório do HDE.

Objectivo: Desmistificar os ideais dos pais da pessoa, de forma a diminuir a sua ansiedade; Começar o início de uma nova etapa; Ajudar a esclarecer dúvidas.

Descrição da actividade: São convocados os pais da pessoa. O médico, o enfermeiro, o dietista, a pessoa e os pais reúnem-se em redor de uma mesa disponibilizada pela cantina do hospital. É solicitada à pessoa para servir a refeição a cada um dos intervenientes. Os técnicos visualizam as possíveis alterações no núcleo familiar. Durante a intervenção há o espaço para o esclarecimento de dúvidas por parte dos pais e da pessoa.

Avaliação: No final da intervenção preconiza-se a avaliação para uma apreciação da actividade e relato de sentimentos e emoções por parte do núcleo familiar.

Anexo X: Regras do internamento para clientes do comportamento alimentar

