

Diana Raquel Meireles Pinto

Cuidar do adolescente com anorexia nervosa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2016



Diana Raquel Meireles Pinto

Cuidar do adolescente com anorexia nervosa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2016

Diana Raquel Meireles Pinto

Cuidar do adolescente com anorexia nervosa

---

Diana Raquel Meireles Pinto

Projeto de Graduação apresentado  
à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos  
para a obtenção do  
grau de Licenciatura em Enfermagem.

## **Resumo**

Com a elaboração deste projeto de graduação pretendeu-se cumprir um dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem e escolhemos estudar “ Cuidar de Adolescentes com anorexia nervosa”. Para o efeito ouvimos os Enfermeiros que trabalham num Serviço de Pedopsiquiatria e que cuidam diariamente destas crianças.

Quisemos saber o que pensam e como as ajudam na sua adaptação ao internamento, qual a sua opinião sobre a influência que a moda do corpo perfeito veiculada pelos média tem, sobre o aparente aumento do número desta doença nos adolescentes o que preconiza que a sociedade faça para a combater e como interagem com as famílias.

Esta preocupação surgiu durante as aulas de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica e no Ensino Clínico de Psiquiatria onde vivenciamos histórias de adolescentes de quem nos sentimos muito próximas o que nos motivou para a realização do projeto.

O estudo teve um carácter exploratório descritivo com base numa abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 8 enfermeiros que trabalham em Pedopsiquitria a quem de acordo com um guião previamente elaborado foram realizadas entrevistas semiestruturadas para a obtenção dos dados que foram posteriormente interpretados.

Os resultados obtidos permite-nos concluir que os Enfermeiros procuram integrar as crianças no internamento de modo a que se adaptem às regras estabelecidas que designam como contrato terapêutico o qual inclui o afastamento forçado da família mas que na sua opinião favorece a mudança de atitude em relação à ingestão de alimentos. Concluimos também que as razões que levam as adolescentes à anorexia não são totalmente compreendidas por todos os enfermeiros e que existe um aparente distanciamento entre os Enfermeiros e os adolescentes, necessário para facilitar a adaptação e a consciencialização daquilo a que chamam o problema das anoréticas. Também foi possível concluir que a sociedade tem uma grande influência nestes jovens ao veicular de forma intensiva a construção do modelo de “corpo ideal”.

## Summary

With the development of this graduation project we wanted to meet one of the requirements for obtaining a degree in nursing and chose to study "take care of teens with nervous anorexia". For this purpose we heard the nurses who work in child psychiatry service and daily take care of these childrens.

We wanted to know what they think and how they help the children in her adaptation to internament, what is their opinion about the perfect body ideal settled down by the media, and about of the apparent increase in the number of this disease in teens which advocates that society do to combat it and how they interact with families.

This concern arose during of Health Nursing and Psychiatric classes and Clinical Teaching of Psychiatry where we saw experience stories of teenagers that we feel very close and they motivated us to do this project.

The study was a descriptive exploratory character based on a qualitative approach. The sample has been consisted of eight nurses working in Pedopsiquitria who according to a previously prepared script i realized semistructured interviews and after i analyzed the all the information answered.

The results allow us to conclude that nurses try integrate the children in the internament and that they follow the rules established by a therapeutic contract but in the nurses opinion helps change her attitude in relation to their feeding process.

We conclude also that anorexia pathology is not fully understood by all nurses and that there is an apparent gap between the nurses and adolescents, necessary to facilitate the adaptation and aware of what they call the problem of anorexic.

It was also possible to conclude that society has a great influence on these young people intensively conveys the construction of the model of "ideal body".

## **Agradecimentos**

Este trabalho não resultou de um caminho individual, mas sim do contributo de várias pessoas que o tornaram possível. Gostaria, assim, de expressar os meus sinceros agradecimentos:

O meu sincero obrigada à minha orientadora, Professora Maria Amélia José, pelo carinho com que me recebeu, pela orientação, apoio, confiança e pela dedicação à elaboração deste trabalho.

Aos enfermeiros entrevistados pela partilha e colaboração.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, força, confiança que depositaram em mim, e ainda pelos sacrifícios que fizeram para que este sonho fosse possível, com amor lhes agradeço e a eles lhe devo tudo quanto sou.

Ao Pedro, pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos, que não contribuindo diretamente para a construção deste Projeto, se tornaram pilares essenciais, pelo apoio, incentivo e compreensão, quando confrontados com os momentos de frustração e indecisão suscitados ao longo desta árdua caminhada.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização e valorização deste Projeto.

A todos o meu muito OBRIGADA!



*Nobre profissão...*

*Distintos Seres !*

*Ouvir, escutar...*

*Atender, prestar...*

*Estar presente...*

*Confidente, paciente...*

*O amparo...*

*O ombro amigo...*

*Para muitos o único apoio !*

*A alegria na angústia de cada doente,*

*A voz do seu silêncio !*

*Infelizmente doentes...*

*Mas zelosamente tratados*

*Por esta ímpar gente !*

**Jorge Brites**

## **Abreviaturas e Siglas**

AN - Anorexia Nervosa

APA - American Psychological Association

BN – Bulimia Nervosa

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA- Perturbações do comportamento alimentar

REPE - Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

s.d – Sem data

## Índice

Introdução.....	14
I . Fase conceptual .....	17
1.1-Problema e justificação do estudo .....	17
1.2 - Pergunta de partida .....	19
A questão de partida para este trabalho foi:.....	19
1.2.1 - Questões de investigação .....	19
1.3 - Objetivos de investigação .....	20
1.4 - Revisão da literatura .....	20
1.4.1 - Adolescência .....	20
1.4.2 - Distúrbios do comportamento alimentar.....	22
1.4.3 - Anorexia, uma prisão .....	25
1.4.4 – Anorexia nervosa, um problema de saúde mental dos adolescentes.....	28
1.4.5 - Ser Enfermeiro em Pedopsiquiatria .....	30
1.4.6 – Cuidar de adolescentes com perturbações do comportamento alimentar ...	33
II. Fase metodológica .....	37
2.1 - Desenho de investigação .....	37
2.1.1 - Meio .....	37
2.2 - Tipo de estudo .....	38
2.3- População e amostra .....	38
2.4 - Variáveis.....	39
2.5 - Instrumento de recolha de dados .....	39
2.5.1 - Pré-teste.....	40
2.6 - Princípios éticos.....	41
III. Fase empírica.....	42
3.1- Caracterização da amostra.....	42

3.2 - Apresentação e discussão dos resultados .....	45
Conclusão .....	66
Referências bibliográficas .....	68
Anexos.....	75

## **Índice de Quadros**

Quadro 1- Características socioprofissionais da amostra.....41

Quadro 2- Categorias e subcategorias das unidades de registo .....44

## Introdução

O desejo do ser humano de saber sempre mais, a vontade de minorar o sofrimento, e a curiosidade humana têm sido o impulsionador da atividade e desenvolvimento de todos os que trabalham na área da saúde, e a enfermagem como ciência e como arte cuja principal missão é o cuidado aos seres humanos tem evoluído com base nestes pressupostos de modo a promover a excelência dos cuidados de saúde.

Segundo Fortin (2003, p.6), “a investigação é necessária em qualquer disciplina para produzir conhecimentos que, direta ou indiretamente, terão incidência sobre a prática”.

Este trabalho insere-se no Curso de Licenciatura em Enfermagem, e tem como título “Cuidar do adolescente com anorexia nervosa”. A escolha deste tema baseou-se no facto da autora ter um interesse acrescido na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e aquando do Ensino Clínico no Serviço de Pedopsiquiatria, ter percebido a importância que a ajuda dos Enfermeiros têm nos doentes que sofrem de anorexia.

A enfermagem é relativamente recente enquanto profissão, mas como forma de estar e de atuar, percorreu um longo e difícil caminho até adquirir a notoriedade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação. À medida que os enfermeiros foram recebendo uma formação mais profunda e academicamente elevada, foram surgindo também os estudos de investigação. Na década de cinquenta surge o primeiro periódico dedicado à pesquisa em enfermagem – Nursing Research.

Até há poucos anos, a investigação em enfermagem que se tem feito em Portugal era essencialmente académica, com poucos estudos feitos fora do ensino superior. No entanto, com a evolução que desenvolvemos até aos nossos dias, começaram a surgir estudos que saem do contexto académico de formação, e procuram essencialmente virar-se para a prática baseada na evidência.

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são quadros clínicos frequentemente ligados à modernidade (Cordás & Claudino, 2002). Com divulgação nos meios de comunicação social, são geralmente associadas a determinados comportamentos e à imagem corporal que predomina nas sociedades ocidentais

contemporâneas. Apresentando as suas primeiras manifestações na infância e adolescência, os profissionais de saúde e também os média têm alertado para hábitos e condutas alimentares deste estrato populacional e riscos associados a tais perturbações. A super valorização e exposição da imagem e do corpo de acordo com os padrões estéticos vigentes – mundo da moda, televisão ou cinema – conduzem à massificação da ideia pré-concebida de um corpo magro, com poucas formas, levando muitos adolescentes à condição de doença, desenvolvendo uma PCA (Nakamura, 2004).

O número de casos com necessidade de recurso ao internamento em Pediatria e Pedopsiquiatria têm aumentado conduzindo a um maior investimento das equipas no tratamento destes adolescentes.

O adolescente com anorexia nervosa poderá encontrar no enfermeiro a ajuda especializada que necessita. Este desempenha um importante papel em diversas áreas do processo de tratamento: a educação alimentar do adolescente e respetiva família; a supervisão comportamental e o ensino familiar para a sua realização no domicílio; o acompanhamento e desenvolvimento de estratégias de coping; a intervenção na recuperação da auto-estima e na desconstrução da auto-imagem alterada; o acompanhamento familiar; o encaminhamento para outros profissionais e recursos da comunidade; a prevenção da doença e a educação para a saúde na comunidade.

O papel do enfermeiro assume uma ação relevante no tratamento da doença. O processo de cura em si é complexo e envolve a determinação de objetivos a curto e a longo prazo, cujo sucesso depende essencialmente da relação de confiança estabelecida entre o Enfermeiro e o adolescente ao seu cuidado.

Depois de escolhida esta temática foi, realizado um trabalho de investigação com base numa abordagem qualitativa, de carácter exploratório-descritivo.

A população alvo do presente estudo, é constituída por enfermeiros de um serviço de Pedopsiquiatria da região norte do país.

O presente estudo é composto por três partes fundamentais para além da introdução e da conclusão. A primeira refere-se à fase conceptual, onde se efetua o enquadramento

teórico da temática, integrando a escolha e justificação do tema, objetivos e questões de investigação. Segue-se a fase metodológica, onde se descreve todo o procedimento metodológico. E por fim a fase empírica com a análise dos dados, discussão dos resultados e conclusão.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que os Enfermeiros procuram integrar as crianças no internamento de modo a que eles se adaptem às regras estabelecidas que designam como contrato terapêutico o qual inclui o afastamento forçado da família o que na sua opinião favorece a mudança de atitude em relação à ingestão de alimentos. Concluimos também que as razões que levam as adolescentes à anorexia não são totalmente compreendidas por todos os enfermeiros e que existe um aparente distanciamento entre os Enfermeiros e os adolescentes necessário para facilitar a adaptação e a consciencialização daquilo a que chamam o problema das anoréticas. Também foi possível concluir que a sociedade tem uma grande influência nestes jovens ao veicular de forma intensiva a construção do modelo de “corpo ideal”.

## **I . Fase conceptual**

A fase conceptual é a primeira etapa de um processo de investigação é a situação de partida do investigador para produzir a questão de investigação e as possíveis hipóteses Segundo Fortin (2009, p.49) “conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo”.

### **1.1-Problema e justificação do estudo**

A formulação do problema que vamos investigar só pode ser feita após o investigador ter lido e examinado o conhecimento acumulado na sua área de pesquisa. O problema de investigação trata-se de uma situação anómala, que causa desconforto, levanta dúvidas e exige uma explicação (Fortin, M., 2000).

A Anorexia Nervosa inicia-se, normalmente, durante a adolescência, às vezes mais cedo, sendo menos comum durante a fase adulta (Gentile, 2010). Ocorre em todos os estratos sociais e culturais, tendo uma maior incidência nos países ocidentais. São maioritariamente mulheres, afetando 5-8% de homens. Na faixa etária mais jovem, em sociedades desenvolvidas, o risco de desenvolvimento de anorexia é 1%, estando a mortalidade estimada em 6% por década (Gentile, 2010, p. 186).

Sendo a adolescência um fator de risco e verificando-se na prática que é nesta fase que existe uma maior prevalência da doença, também este trabalho incidiu nesta faixa etária. Adolescência é definida pela World Health Organization (2011) como sendo o período entre os 10 e os 19 anos, um período de mudanças físicas e psicológicas importantes, bem como de grandes mudanças nas interações e relações sociais. Nesta fase existem diversas tarefas a ser realizadas, entre elas a individualização e a separação dos progenitores, estabelecimento de relações com o grupo de pares e conquista de autonomia. Tendo em conta que nem sempre estas tarefas são fáceis de realizar, a anorexia pode surgir como sintoma das dificuldades encontradas.

A adolescência surge como uma fase de transição, de contradição entre crescer e não crescer. Citando Fleming (2005, p. 29) “o adolescente precisa de se sentir ligado aos pais por um sistema vincutivo seguro para poder levar a cabo a sua separação-individualização”, ou seja, necessita de sentir a segurança de um porto seguro ao qual pode recorrer quando experimenta descobrir o mundo exterior. As mudanças resultantes da adolescência são sentidas como “forças exteriores, que ela não identifica nem aceita como fazendo parte do seu desenvolvimento natural (...) e sente-se impotente para controlar essas mudanças do seu corpo” (Byrne, 2001, p. 36). Segundo Preto (1995) citado por Oliveira (2004, p. 33) “os adolescentes devem realizar duas tarefas aparentemente controversas: estabelecimento de autonomia frente à família e manutenção de um vínculo, agora modificado, com ela”.

O sentimento que nos foi transmitido pelos nossos entrevistados é que tem vindo a aumentar o número de internamentos de jovens com perturbações do comportamento alimentar nomeadamente a anorexia. Não só tem havido um aumento do número de casos mas também os internamentos têm sido mais prolongados, e a patologia tem-se verificado em idades cada vez mais precoces.

No 7.º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente realizado em Lisboa em Abril de 2016 foi afirmado que de acordo com os estudos epidemiológicos existentes em Portugal, a bulimia atinge cerca de três por cento das raparigas entre os 18 e os 30 anos, enquanto a anorexia nervosa (falta de apetite) é uma doença mais rara que atinge cerca de uma em cada 200 raparigas que frequenta o ensino secundário.

Foi também referido que o perfil dos doentes que entre 2012 e 2014 foram internados no Hospital de D. Estefânia, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, com uma perturbação do comportamento alimentar são essencialmente raparigas (91%), com uma idade média de 14 anos que, em 60% dos casos, têm um diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo.

Ter havido lugar a internamento significa que estamos a falar de crianças e adolescentes com um risco elevado de complicações médicas e/ou psiquiátricas (a anorexia é uma perturbação psiquiátrica complexa, mas, em geral, privilegia-se o tratamento em ambulatório; hospitalização, só em situações particularmente complicadas).

A média de duração do internamento foi de 51 dias — “são internamentos longos”, 23,3% dos jovens foram internados mais do que uma vez ao longo do período em análise (Cabido, Cláudia, 2016).

Tendo em conta que a anorexia tem vindo a ganhar uma maior proporção, surgiu a necessidade de refletirmos sobre esta problemática e sobre o papel dos enfermeiros nos cuidados que prestam às crianças enquanto agentes promotores de adaptação dos jovens ao serviço de internamento visando o restabelecimento da sua saúde.

## **1.2 - Pergunta de partida**

A questão de partida para este trabalho foi:

*- O que pensam os Enfermeiros que trabalham em Pedopsiquiatria sobre a problemática dos adolescentes internados com anorexia nervosa.*

### **1.2.1 - Questões de investigação**

Decorrente da pergunta de partida formulada para o nosso estudo foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Como intervêm os Enfermeiros que trabalham em Pedopsiquiatria para facilitar a adaptação dos adolescentes ao internamento?
- No entender dos Enfermeiros quais são as estratégias que a sociedade devia implementar para contrariar o aumento de casos de anorexia nervosa entre os adolescentes?
- Como vivenciam os Enfermeiros enquanto pessoas com família e com filhos o sofrimento destas crianças e a sua relação com a comida?
- Como comunicam os Enfermeiros com a família das adolescentes internadas?

## **1.3 - Objetivos de investigação**

Os objetivos de investigação segundo Marie-Fabienne Fortin: “o objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação”.

O objetivo geral do estudo vai de encontro à nossa questão de partida o qual definimos como:

Saber o que pensam os Enfermeiros que trabalham em Pedopsiquiatria sobre a problemática dos adolescentes internados com anorexia nervosa.

Como objetivos específicos definimos os seguintes:

- Identificar as intervenções dos Enfermeiros que trabalham em Pedopsiquiatria para facilitar a adaptação dos adolescentes ao internamento.
- Conhecer quais são as estratégias que os Enfermeiros entendem dever ser implementadas pela sociedade para contrariar o aumento de casos de anorexia nervosa entre os adolescentes.
- Analisar como os enfermeiros vivenciam enquanto profissionais de saúde e pessoas com família estas situações;
- Compreender como é estabelecida a comunicação dos Enfermeiros com a família destes jovens;

## **1.4 - Revisão da literatura**

### **1.4.1 - Adolescência**

A adolescência é considerada uma etapa de vida, compreendida entre a infância e a fase adulta, etapa marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) atribui as designações de adolescentes e de jovens aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e 15 e 24 anos, respetivamente . Constitui um período da vida riquíssimo de significados que podem ser olhados sob várias perspetivas de interesse: médica, social, psicológica, educativa, etc. Esta etapa do ciclo vital é caracteristicamente marcada por profundas mudanças, a nível físico, psíquico e social, que assumem interpretações e significados diferentes, consoante os contextos socioculturais em que os adolescentes se encontrem inseridos. Também, nesta fase de vida, o adolescente é chamado a adquirir variadas competências pessoais e sociais tais como iniciar, manter e finalizar uma conversa, falar em público, expressar amor, agrado e afeto, defender os próprios direitos, pedir favores, fazer e recusar pedidos, falar com uma figura de autoridade, fazer um convite, cumprimentar, dar e receber elogios, exprimir desacordo, defender uma opinião, lidar com a recusa, saber dizer não, lidar com as críticas, pedir desculpa ou admitir ignorância, etc (Braconnier e Marcelli, 2000).

Ainda que a adolescência e a juventude sejam os períodos mais saudáveis do ser humano e com menores índices de morbilidade e mortalidade em relação a outros grupos etários (OE, 2010, p. 13), o duplo movimento de negação da infância, por um lado, e procura de um estatuto estável, por outro, que caracteriza esta etapa, constitui a própria essência da “crise”, do “processo psíquico”, que todo o adolescente atravessa (Braconnier e Marcelli, 2005, p. 23). Neste percurso, ele é confrontado com uma série de problemas e desafios, a nível pessoal, familiar, grupal, social, que exigem um esforço de reorganização para a sua resolução, cumprindo, assim, as várias tarefas desenvolvimentais (OE, 2012, p. 49). Reunindo várias definições de autores, a Ordem dos Enfermeiros (OE) agrupa em três, as tarefas desenvolvimentais que caracterizam esta fase:

- a) alteração da relação com os pais, na sua necessidade de se autonomizar a nível cognitivo e emocional;
- b) alteração da relação com os pares, na procura de integração em grupos que partilham expectativas, interesses, aspirações e dúvidas;

c) alteração da relação com o próprio corpo, com expressão diversificada de amor, ódio, alegria, vergonha, prazer, raiva, sentimentos que influenciam de forma marcante a relação consigo mesmo e com os outros, em que “a complexidade da alterações da imagem corporal pode levar o adolescente a confundir a imagem corporal com a sua própria personalidade” (OE, 2012, p. 50).

Existem adolescentes que se recusam a escolher, por não aceitarem o «“trabalho” de renúncia» assumindo uma posição de indecisão e de espera, que se poderá repercutir em consequências pessoais (abuso de drogas, condutas de risco, devido a angústias associadas) e consequências sociais (absentismo escolar, comportamentos marginais) (Braconnier e Marcelli, 2000, p. 22). A necessidade de mudanças e escolhas quotidianas, sem experiência, explicam a maior vulnerabilidade psíquica dos adolescentes (Braconnier e Marcelli, 2005, p. 22). Como consequência, segundo estes autores, poderão surgir três tipos de ameaças: ansiosa, depressiva e aditiva.

A primeira está relacionada à própria emergência pubertária e às flutuações de identidade que ela suscita;

A ameaça depressiva diz respeito, não só, ao trabalho necessário de perda e luto da segurança dos pais ou imagens parentais, como também a renúncia da onipotência infantil e entrada no período dos paradoxos, dos conflitos e das escolhas.

A ameaça aditiva resulta da dificuldade de renúncia, que qualquer escolha implica, especialmente das escolhas identitárias e afetivas, sendo tentado a afirmar a sua independência relativamente às pessoas, recorrendo à manipulação de um produto e uma conduta repetitiva para preservar o seu sentimento de controlo.

#### **1.4.2 - Distúrbios do comportamento alimentar**

As Perturbações do comportamento alimentar (PCA) são perturbações psiquiátricas caracterizadas por graves alterações do padrão alimentar normal e por profundas repercussões psicológicas, vivenciadas pelo próprio e pela família (Sampaio, 2002). A Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada pela recusa em manter o peso corporal mínimo para a idade e altura, a Bulimia Nervosa (BN) voracidade alimentar, seguidos por

comportamentos compensatórios inapropriados, tais como vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes, diuréticos e enema, jejum, ou exercício físico excessivo.

A Anorexia não é uma doença dos dias de hoje, é já descrita desde o século XVII. Foi pela primeira vez relatada de forma científica em 1694 por Morton, médico inglês, que lhe chamou caquexia nervosa. Mais tarde, em 1873, William Gull, em Inglaterra e Charles Lasègne, em França, descreveram-na como Anorexia. Lasègne entendia que a anorexia deveria ser compreendida no campo da histeria – anorexia histérica – e Gull defendia que estava relacionada a aspetos constitucionais, “nervosos” – anorexia nervosa (Bouça, 2000; Strecht, 2003). Em 1885 Charcot reconhece na Anorexia, a que chama mental, “um sintoma da histeria e inaugura o método terapêutico do isolamento da família” (Bouça, 2000, p. 136). Hilde Bruch (1973; 1974) analisa a perturbação na linha da teoria das relações objetais e, Palazzoli (1974) e Minuchin et al. (1978), dão uma orientação sistémica (Dias, 2007, p. 78). Bruch (1973) apresentou uma leitura inovadora da influência das relações familiares, especificamente de dificuldades na interação mãe-filha, no desenvolvimento das PCA, como havendo uma imposição, por parte da mãe, do seu conceito de necessidades infantis, impedindo a diferenciação dos impulsos e necessidades da criança (Dias, 2007). Palazzoli (1974) propôs “um modelo do processo anoréctico na família” (idem, p. 79).

Este modelo enfatiza os problemas de comunicação e de evitamento de responsabilidades, conduzindo à “realização de coligações secretas por parte da paciente com diferentes membros da família” (ibidem). Minuchin e colaboradores (1978) referiam que “a família anorética é caracterizada pela aglutinação, sobreprotecção, evitamento de conflito e pela co-indução da filha anorética para alianças destrutivas com um dos pais” (Dias, 2007, p. 80). Swift e Stern (1982) acrescentaram que “a filha demonstra incapacidade para desenvolver autonomia em relação às figuras parentais, fruto da elevada 37 intrusividade parental e de um controlo excessivo” (idem, p. 78). Não esquecendo o contributo de Freud (1893) de que “o ato de se alimentar, nestas doentes, está ligado desde a infância a memórias conflituais, cuja carga afectiva não diminuiu com o tempo” (Bouça, 2000, p. 136).

Em Portugal, um psiquiatra de Coimbra, Elysio de Moura (1947), descreveu, exaustivamente na sua dissertação, o quadro clínico da anorexia nervosa. E, é a partir

dos anos 70 que se desenvolve de forma importante a investigação e a clínica na anorexia nervosa. Os grandes impulsionadores foram Hilde Bruch, Arthur Crisp e Gerald Russel. Bruch deu ênfase à perturbação da imagem corporal, Crisp salientou a fobia do peso, relacionando-a com “as dificuldades psicológicas de encarar as transformações maturativas da puberdade e da adolescência” (Nascimento, 2010). Bruch propôs que a recusa alimentar era representada através da luta pela autonomia, competência, controlo e respeito por si próprias. Salienta ainda a importância da dinâmica familiar e dos conflitos relacionados com a separação e individuação. Russel deu importância ao medo de engordar como o ponto central da psicopatologia, estabelecendo mais tarde critérios de diagnóstico. Esteve também, a partir de 1987, a coordenar importantes estudos de terapia familiar no Hospital de Maudsley, em Londres (Nascimento, 2010).

A anorexia é uma doença multifactorial. A Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004) definiu como fatores de risco para a anorexia nervosa: história familiar (perturbação alimentar, obesidade parental, dietas restritivas, interesse por comida, aparência ou peso); história pessoal (insatisfação com o corpo, dieta restritiva, obesidade infantil, menarca precoce  $\leq 12$  anos, depressão, abuso ou dependência de substâncias, perturbação obsessivocompulsiva, ansiedade, eventos de vida adversos); características pessoais (perfeccionismo ou traços obsessivos, alexitimia e baixa autoestima); outros (género feminino e um lugar social que enfatize a aparência). Fonseca (2011, p. 203) enumera os fatores de risco na adolescência idênticos aos anteriormente referidos: “sexo feminino, as dietas repetidas, o temperamento perfeccionista, ser um maturador precoce, ter sido alvo de comentários desagradáveis relacionados com o peso, baixa autoestima, história de lutos ou perdas, disfunção familiar”. No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (MS-CNSM, 2009) são identificados como fatores de risco: o contacto ou desejo de pertencer a grupos onde exista um ideal de magreza (bailarinas, modelos), grande preocupação com a aparência, 39 traços obsessivos de personalidade e história familiar de anorexia nervosa. Santana et al. (2012) abordaram também os fatores socioculturais, nomeadamente: pressão sociocultural sobre o peso, a influência dos meios de comunicação, das relações interpessoais e os aspetos transculturais. Importante salientar que é fundamental para a compreensão desta patologia a natureza interativa

entre os diversos fatores de risco: precipitantes, de manutenção e de proteção para a perturbação (Nascimento, 2010).

### **1.4.3 - Anorexia, uma prisão**

A AN é uma perturbação grave que, pelas suas características pode colocar a vida em risco. Caracteriza-se por um emagrecimento excessivo, uma preocupação excessiva com o peso, com o medo de engordar e por uma completa ausência de crítica sobre a doença. Pereña (2007, p. 529) citado por Cañete, Vitalle e Silva (2008, p. 382) refere que na anorexia “a vida e o corpo separam-se um do outro, há uma ruptura entre a necessidade e a demanda, levando a um desequilíbrio na vida instintiva”, como “uma forma de suicídio lento, disfarçado de múltiplas formas” (Delaroche, 2006, p. 101).

Ao longo dos tempos foram surgindo vários critérios de diagnóstico. Dally e Sargent (1966) foram os primeiros autores a proporem critérios de diagnóstico de anorexia nervosa, dando ênfase à perda de peso, à ausência de outra doença psiquiátrica, e à presença de amenorreia (Roma-Torres, 1986 cit. por Nascimento, 2010, p. 35). Em 1970, Russell propôs a atualização dos critérios acrescentando o medo de engordar, não atribuindo uma percentagem de peso perdida, assim como não definindo a idade de aparecimento da doença (Roma-Torres, 1986 cit. por Nascimento, 2010, p. 35). Dois anos mais tarde, Feighner (1972) completa um pouco mais os critérios de diagnóstico, voltando a atribuir importância à idade, antes dos 25 anos, define uma percentagem de perda de peso, assim como salienta a negação da doença, passando ainda pela exclusão de outra doença física ou psíquica, abordando também algumas das alterações físicas que a doença pode manifestar (Rajah, 2001 cit. por Nascimento, 2010, p. 36). Em 1980, a anorexia nervosa passa a ser classificada no DSM-III, que foi revisto e completado em 1993, no DSM-III-R. Em 1994, no DSM-IV, a anorexia nervosa é subdividida em dois tipos, tipo restritivo e tipo purgativo. Atualmente, no DSM -V, a Anorexia Nervosa está inserida nas Perturbações do Comportamento Alimentar, juntamente com outras perturbações, tais como a Bulimia Nervosa e o Binge-Eating, entre outras. A American Psychological Association caracteriza a anorexia nervosa como “recusa em manter um peso corporal normal mínimo, do medo intenso em ganhar peso e da significativa

perturbação da percepção do tamanho e das formas corporais” (APA, 2002, p. 583). São os critérios de diagnóstico da anorexia nervosa (APA, 2013, p. 338-339):

- a) Restrição de ingestão de alimentos, o que leva a um peso significativamente mais baixo para a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e de saúde física;
- b) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, ou um comportamento persistente que interfere com o ganho, embora o adolescente tenha um peso significativamente baixo;
- c) Perturbação da percepção do seu peso corporal ou forma, ou persistente falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

A Anorexia Nervosa mantém a distinção em dois tipos, restritiva e compulsiva/purgativa. A Anorexia Nervosa Tipo Compulsiva/Tipo Purgativa é caracterizada por comportamentos bulímicos ou purgativos (vômitos ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas), durante os últimos 3 meses (APA, 2013). A Anorexia Nervosa Tipo Restritiva, segundo a APA (2013), implica que o indivíduo induza a perda de peso através de dieta, jejum ou exercício físico, durante os 3 últimos meses. Gerando esta dieta restritiva para perder peso “pelo seu simbolismo de auto-controlo, uma tensão de poder e vitória pessoal, por estar a ser vencida uma necessidade básica do corpo. Este sentimento de força invencível capaz de vencer a fome, dá aos doentes uma sensação de exaltação do humor e do afecto que preenche um espaço interno vazio e fraco” (Sampaio et al., 1999, p. 93).

Machado e Machado (s.d, p. 129) interpretam a fome como uma “ameaça ao autocontrolo e a saciação como falha em controlar-se”, uma vez que estas jovens demonstram uma grande necessidade de controlo. Usam o corpo como base para satisfazer necessidades, desejos, proibições e condenações (Cobelo, Saikali e Schomer, 2004, p. 187). Braconnier (2007, p. 240) diria que existe uma “percepção deformada, por vezes quase delirante, da imagem do corpo, com uma negação do emagrecimento e um receio duradouro de ser gordo”, acrescentando Arantes (2010, p. 1) que “a anoréxica cria um poder para renegar ajuda, tendo para si a doença como um padrão normal”. A

World Health Organization (1993) tem em vigência e de forma sustentada critérios para a Anorexia Nervosa na CID – 10:

- a) Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho ponderal, levando a um peso corporal menos 15% inferior ao normal ou ao peso esperado para a idade e altura;
- b) A perda de peso é auto-induzida pelo evitamento de “comidas que engordem”;
- c) Existe auto-percepção de se ser muito gordo, acompanhada de um medo intrusivo de engordar, que leva à auto-imposição para atingir um determinado peso baixo ;
- d) Uma perturbação endócrina que envolve o eixo hipotalâmico-pituitáriogonadal é manifestada nas mulheres como amenorreia e nos homens pela perda do interesse e potência sexuais. (Uma exceção é a persistência de hemorragia vaginal nas mulheres anoréticas que estão em terapia de substituição hormonal, tido habitualmente com um contraceptivo oral);
- e) A perturbação não preenche os critérios A e B para a Bulimia Nervosa.

Como foi referido, com a anorexia surgem sintomas psicológicos específicos, assim como tem repercussões físicas importantes, nomeadamente grandes alterações metabólicas e hidroelectrolíticas, tais como: bradicardia, hipotensão, hipotermia, atrofia cerebral difusa, edema periférico (tornozelos e periorbital), alterações cardíacas, alterações renais, anemia, esvaziamento gástrico lentificado, dilatação gástrica, diminuição dos ruídos intestinais, hipercolesterolemia, hipoglicemia, aumento das enzimas hepáticas, alterações endocrinológicas, amenorreia, osteopenia ou osteoporose, acrocianose, extremidades frias, lanugo, queda do cabelo, unhas quebradiças, pele seca, branca e amarelada nas palmas das mãos, pele facilmente macerada, irritabilidade, apatia, dificuldade na concentração, alterações do humor, palpitações, deficiências de micronutrientes, entre outros [Assumpção e Cabral (2002); Fairburn e Harrison (2003); Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004); Gentile (2010); Mehler, Birmingham, Crow e Jahraus (2010); Fonseca (2011); Winston (2012)]. Segundo Fleitlich e seus colaboradores (2000), a depressão é o diagnóstico co-existente mais comum. São referidos também perturbação da ansiedade, fobia social e perturbação obsessivo-

compulsiva. Já Salbach-Andrae e seus colaboradores (2008), num estudo sobre comorbilidades nas adolescentes, chegaram à conclusão de que as comorbilidades mais presentes eram maioritariamente perturbações do humor (60,4%), seguindo-se a perturbação da ansiedade sem perturbação obsessiva-compulsiva, sendo posteriormente o uso de substâncias (Sim et al., 2010). Halvorsen, Andersen e Heyerdahl (2004) debruçaram-se sobre o pós-alta do tratamento de crianças/adolescentes com anorexia nervosa. No follow-up realizado, a grande maioria (82%) já não possuía nenhuma doença do comportamento alimentar. Contudo, uma grande parte (41%) tinha um ou mais diagnósticos psiquiátricos, sendo os mais frequentes depressão e ansiedade. O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, 12 em cada 100 000 casos por ano, acrescentado ao facto de poderem existir mortes associadas a complicações médicas da anorexia nervosa. Segundo a APA (2013), a taxa de mortalidade na anorexia nervosa é de 5% por década.

#### **1.4.4 – Anorexia nervosa, um problema de saúde mental dos adolescentes**

O mundo atual e os seus "padrões de beleza" influenciam os adolescentes, e muitos destes rendem-se às exigências da sociedade, a busca pela sua definição do corpo perfeito pode tornar-se uma obsessão, e essa obsessão pode levar à anorexia.

A adolescência é uma fase importante no processo de consolidação da identidade pessoal, da identidade psicossocial e da identidade sexual (Parker et al., 2006).

Diante de um mundo repleto de modificações e de um indivíduo, que por ser adolescente, possui atitudes igualmente mutáveis, as suas manifestações comportamentais originam-se de forma especial, não podendo de maneira alguma conferir o que consiste a verdadeira normalidade nesse período de vida. Devido a isso, existe dificuldade de estabelecer o conceito de normalidade, uma vez que varia em relação ao meio. Ana Freud diz que todos os acontecimentos deste período estão relacionados a um estado normal e que a anormalidade estaria relacionada à presença de um equilíbrio estático dos comportamentos.

É muito confuso para as adolescentes essa percepção da mudança do seu corpo, que ocorre de forma natural, sem a sua permissão. Pois nos adolescentes, de acordo com (PEREIRA, 2005), a acumulação de gordura no corpo é maior, ampliando as consequências na percepção do novo corpo. Essas mudanças irão fazer com que seu corpo se assemelhe ao do adulto. Sendo assim, tem como dever fundamental adequar seu comportamento a uma condição diferente do que era vivenciado. Em contrapartida há uma estimulação do adulto a essa imprecisão quando exige que vivenciem papéis ora de adulto ora de criança (CORREIA; GONZAGA, 2009). Com estas modificações eles precisam vivenciar e assumir uma nova configuração de corpo. Acredita-se que estas modificações têm a potencialidade de influenciar no desenvolvimento de transtornos alimentares como a anorexia: A anorexia nervosa é caracterizada por uma procura incansável pela magreza, um comportamento voltado a uma intensa e auto-induzida perda de peso, um medo exagerado de engordar, uma imagem distorcida do corpo, amenorreia (interrupção da menstruação) e uma recusa implacável a manter o peso corporal. Entre 10 e 15% das jovens com anorexia, literalmente, passam fome exagerada até a morte. (PEREIRA, 2005, p. 40) Percebe-se que os transtornos alimentares são consequência de diversos fatores interligados como ambiente, sociedade, genética e família. Todos estes fatores servem como desencadeantes dessa patologia. Na atualidade percebe-se um grande crescimento no número de casos dos transtornos alimentares desde anorexia nervosa a bulimia, e em especial nos países ocidentais afetando principalmente as adolescentes do sexo feminino. Esta ênfase dada à civilização ocidental acontece porque a aparência é muito valorizada, ocasionando o medo intenso de engordar, pois o padrão de beleza estabelecido pela sociedade coloca que o belo é ser magra. Assim inicia-se um duelo entre a imagem corporal que o indivíduo possui e o corpo idealizado (PEREIRA, 2005).

Quando acontece uma luta extrema por essa idealização, incide também uma alteração na percepção do próprio corpo. Os adolescentes desde cedo, principalmente as raparigas muito mais que os rapazes, recebem informações de forma implícita e explícita a respeito da importância de terem um corpo bonito, atraente e principalmente magro.

Na sociedade contemporânea a moda exerce, frequentemente, uma tirania sobre os jovens, padronizando estilos que não se adequam a todos os corpos. A experiência de si

mesmo realiza-se, necessariamente, num meio ambiente, aquele produzido habitualmente pelo meio familiar, o qual se apresenta sob um duplo aspeto: material e relacional. Para além da satisfação das necessidades fisiológicas, o meio familiar representa um papel essencial na experiência dos jovens, pois a experiência é inseparável dos dados concretos e das referências, no seio do qual eles se expressam. As perturbações alimentares nos adolescentes constituem-se, assim, um sério problema que pode resultar numa morte prematura ou numa doença psicossocial (Espinosa, 2007).

#### **1.4.5 - Ser Enfermeiro em Pedopsiquiatria**

À semelhança de outras, a profissão de enfermagem tem evoluído tendo por base os diversos contextos sociais, culturais, económicos, políticos, filosóficos e tecnológicos. Ao longo do tempo foi passando por várias etapas, constituindo-se hoje como uma profissão autónoma, para o qual em muito contribuiu Florence Nightingale ao lançar as bases da enfermagem moderna, onde ainda hoje faz sentido: acreditar, valorizar, comprometer, dar visibilidade, avaliar, diagnosticar, planear, intervir, mostrar resultados e cuidar dignamente (Lopes e Nunes, 2007; Russiano et al, 2007).

Também a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica teve uma evolução paralela à da enfermagem em “geral”, tal como o conceito de psiquiatria e saúde mental que ao longo do tempo tem evoluído, levando a modificar conceitos e práticas, embora ainda alguns estejam enraizados na sociedade e nos próprios profissionais (Costa, 2008). Nesta perspetiva Fazenda (2006), refere que toda a atividade psiquiátrica durante muito tempo esteve contaminada por uma filosofia dualista, considerando a pessoa e a sociedade irreduzíveis uma à outra, visto que a doença mental era considerada como uma condição patológica crónica, incurável, incapacitante, inalterável e de perigosidade associada a mitos, levando a pessoa a ser estigmatizada e desvalorizada.

A enfermagem constitui-se assim como a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais onde está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. O exercício da atividade profissional do enfermeiro tem

como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidar e o tratar, a reabilitação e a reinserção social. No seio da equipa multidisciplinar, têm uma atuação de complementaridade dotada do mesmo nível de dignidade e autonomia que os demais profissionais. As intervenções desenvolvidas podem ser autónomas e interdependentes, englobando estes processos de autoavaliação e de heteroavaliação, onde a melhoria contínua dos cuidados surge como um dos caminhos de excelência do exercício profissional e de desenvolvimento da profissão consoante enunciado no Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) emanada pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE, 2003), é parte integrante do sistema de cuidados de saúde englobando a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas com doença física, mental ou com deficiência, em todas as organizações de cuidados de saúde e noutros locais na comunidade. O enfermeiro especialista em saúde mental detém um conhecimento aprofundado na área, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que implicam níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas numa série de competências especializadas. Como tal, deve focar-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas e/ou desadaptadas aos processos de transição, causadores de sofrimento, alteração ou doença mental de modo a desenvolver uma Stress e saúde em enfermeiros a trabalhar em serviços de saúde mental e psiquiatria 47 compreensão e intervenção eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial, conforme enunciado nos Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) nº 122/2011 e nº 129/2011. De realçar que as competências e responsabilidades a desenvolver se encontram consignadas no REPE publicado no Decreto-Lei nº 161/1996 de 4 de Setembro com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/1998 de 21 de Abril, Código Deontológico integrado no Estatuto da OE, aprovado por este mesmo Decreto Lei, alterado e republicado na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, sendo regidas pela legislação em vigor nomeadamente pela Carreira de Enfermagem publicada no Decreto Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei nº 122/2010 de 11 de Novembro. De considerar, ainda, Pareceres e Regulamentos emanados pela OE, de forma particular: as Competências do Enfermeiro

de Cuidados Gerais, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde as normas e regras institucionais também devem ser tidas em conta. Será também de ter em consideração a utilização dos sistemas de informação que permitem organizar a informação e facilitar os processos de decisão.

Segundo Nabais (2008) a especificidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica está na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar. Saidel et al (2007) dizem-nos que esta se centra mais nos cuidados relacionais, onde o processo interpessoal dada a sua especificidade, tal como menciona Hildegard Peplau precursora da enfermagem psiquiátrica acaba por se transformar num processo terapêutico, cuja observação e relação de ajuda adquire um significado relevante.

Para Chalifour (2008) a relação de ajuda constitui-se como uma interação particular desenvolvida entre o enfermeiro e a pessoa doente, cada um contribuindo pessoalmente na procura e na satisfação de uma necessidade de ajuda. Esta interação pressupõe um grande empenho por parte do enfermeiro, já que é essencial que tenha elevados conhecimentos e consciência de si mesmo, de modo a poder utilizar a sua própria pessoa com fins terapêuticos. Rogers (2009), por sua vez apoia a sua conceção na pessoa doente, em que este possui em si mesmo os recursos, para a sua auto compreensão, para mudar atitudes e comportamentos, em que o enfermeiro através da relação interpessoal, surge como o recurso, que favorece e permite que tal ocorra.

Phaneuf (2005) realça alguns objetivos desta relação: favorecer a criação de um clima de compreensão, fornecer o apoio que a pessoa necessita, permitir à pessoa melhor compreender a sua situação, favorecer a sua aceitação, proporcionar mudança e evolução. Nestes termos Adam (1994) considera a relação de ajuda uma condição “sine qua non” da eficácia dos cuidados. Como nos diz Lazure (1994) o ato de ajudar impõe exigências, às quais o enfermeiro não se pode alhear, como é dar do seu tempo, a sua competência, o seu interesse e compreensão de modo a estar aberto e recetivo implicando o desenvolvimento de uma série de atitudes: sensibilidade, disponibilidade, interesse, respeito, aceitação, escuta ativa, empatia, autenticidade, congruência, clareza. Berger e Mailloux-Poirier (1995) complementam ser oportuno também desenvolver:

confiança, atitude positiva, bom senso, improvisação, adaptação, intuição, humildade, simplicidade, sentido de humor, afetividade e amor fraterno e solidário.

Os princípios humanistas devem desta forma pautar o exercício da enfermagem psiquiátrica, onde o papel do enfermeiro deve ser o de agente terapêutico que mediante o processo interpessoal promova e mantenha a mudança de comportamentos, contribuindo no seio da equipa multidisciplinar para o funcionamento integrado da pessoa/família e comunidade (Machado et al, 2006; CNSM, 2011). É pois fundamental que os enfermeiros se encontrem abertos a novas ideias e procurem desenvolvê-las, consciencializando a sua função e explorando novas possibilidades, não alimentando o medo de novos desafios, deixando de lado o enfoque no tratamento, passando este para a sua promoção e proteção (Saidel et al, 2007).

#### **1.4.6 – Cuidar de adolescentes com perturbações do comportamento alimentar**

Cuidar é a essência da ciência da Enfermagem, e ao mesmo tempo, a essência do ser humano, por isso além de ser uma atividade eminentemente humana transmitida através da cultura e da educação, também é uma profissão.

O cuidar é a força motivadora para que as pessoas se tornem enfermeiras e que se transforma em fonte de satisfação, quando elas sabem que fazem a diferença na vida dos seus utentes (Potter; Perry,2004, p.94).

Como profissionais, os enfermeiros desempenham um papel importante em tornar o cuidado, parte integrante na prestação de cuidados de saúde, o que começa quando os enfermeiros fazem com que o cuidar seja uma parte da filosofia e do ambiente no local de trabalho (Potter; Perry,2004, p.94)

O cuidado de enfermagem a utentes com AN requerer dos enfermeiros um grande esforço e competência, pois necessitam de vigilância constante, orientação e supervisão, e precisam de estabelecer uma relação de confiança e de apoio emocional. A uniformização das condutas da equipa é de importância vital, assim como a aliança com

a família, visto que esta é parte integrante no processo de recuperação (Almeida e Igue, 2004).

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

Num contexto de internamento com crianças/jovens com perturbações do comportamento alimentar torna-se imprescindível que a equipa de enfermagem tenha conhecimentos sólidos sobre este tipo de patologia e de doentes.

De acordo com Almeida e Igue (2004) os requisitos básicos no atendimento a utentes com transtornos alimentares são: conhecimento da patologia e efeitos colaterais da medicação, ser empático e sensível, estar apto a lidar com situações de risco (tentativas de suicídio) e aplicar o SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem (equivalente ao Processo de Enfermagem). Os cuidados de enfermagem devem ser individualizados, com intervenções positivas, que facilitem o convívio familiar e social bem como o desenvolvimento de estruturas adequadas para os capacitar na resolução de problemas (Taylor, 1992, cit. por op. cit.). As mesmas autoras referem como medidas terapêuticas de enfermagem: o fornecimento de apoio (demonstrar disponibilidade, preocupação, sensibilidade; valorizar progressos e sucessos; ajudar na tomada de decisão e promoção da independência; estimular a participação em grupos de atividades, evitando o isolamento; dar apoio no momento das refeições; proporcionar técnicas de relaxamento), as características das relações interpessoais (ser acolhedor; aceitar o outro; não prometer sem cumprir; estar disponível; utilizar técnicas de comunicação terapêutica: clarificação, validação e expressão; auxiliar na catarse de sentimentos; incentivar interações de cariz terapêutico e não de cunho social) e o estabelecimento de limites (manter conduta uniforme, não omitir ao paciente o seu plano terapêutico, reforçar positivamente as condutas saudáveis, estimular a participação dos pacientes nas atividades terapêuticas). Almeida e Igue (2004) apontam como diretrizes de enfermagem para a AN em situação de internamento:

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

O cuidado de enfermagem a clientes com AN requer dos enfermeiros um grande esforço e competência, pois tanto necessitam de vigilância constante, orientação e supervisão, como precisam de estabelecer uma relação de confiança e de apoio emocional. A uniformização das condutas da equipa é de extrema importância, no sentido de evitar brechas na mesma, que possam ser aproveitadas pelos pacientes. A aliança com a família é outro aspeto de elevado relevo, visto que esta é parte integrante

no processo de recuperação do familiar doente. Esta deve ser orientada, apoiada e estimulada a participar na continuidade do tratamento, acompanhar às consultas, observar alterações de comportamento, apoiar nas recaídas e ajudar na aceitação da doença.

## **II. Fase metodológica**

“A fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formulados no decurso da fase conceptual (...), trata-se agora de determinar um certo número de operações e de estratégias, que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num planos de trabalhos que indicará o percurso a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação / difusão” (Fortin, 2009, pág.211).

A fase metodológica encara-se como o plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas para a investigação; traduz-se num conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido e tem por objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os seus resultados (Fortin, 1999). Para este plano criado pelo investigador convergem elementos essenciais, como o meio onde é realizado o estudo, a seleção dos sujeitos, o tipo de estudo, os instrumentos de colheita de dados e o tratamento dos dados (Fortin, 1999).

### **2.1 - Desenho de investigação**

Para Fortin (2009, pág.214), o desenho define-se como o conjunto de decisões a tomar pra pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos.

#### **2.1.1 - Meio**

Segundo Fortin (2009, p.216), quando um estudo se desenvolve num meio em que não há um controlo rigoroso como o laboratório, é definido como o meio natural, ou seja o estudo tem “lugar no domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou saúde.

O meio escolhido para este trabalho de investigação foi o meio natural, dado que os enfermeiros inquiridos trabalham no serviço de Pedopsiquiatria de um Hospital Central da região norte.

## **2.2 - Tipo de estudo**

No que diz respeito ao tipo de estudo, este estudo é descritivo exploratório, uma vez que pretender explorar e descrever rigorosa e claramente a percepção dos enfermeiros face aos cuidados que desenvolvem no internamento de pedopsiquiatria para facilitar a adaptação dos adolescentes com distúrbios do comportamento alimentar, sendo este um fenómeno pouco estudado do ponto de vista de significação, compreensão e interpretação. Quanto à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. São estudos económicos, simples de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, contudo, têm um alcance mais limitado que os estudos longitudinais (Fortin, 2009).

A metodologia de investigação escolhida é qualitativa o que possibilita a exploração do comportamento, das perspetivas e das experiências das pessoas em estudo.

## **2.3- População e amostra**

Para se realizar um estudo de investigação é necessário escolher uma população alvo. Fortin (2009, pág.69) define população alvo como sendo “ um grupo de pessoas ou de elementos que têm determinadas características”. Posto isto, para a realização deste estudo foram escolhidos os enfermeiros com e sem especialidade em psiquiatria da região do grande Porto.

“Uma amostra é a fração da população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população” (Fortin, 2009, pág.312):

Tal como é particular dos estudos qualitativos, pretende-se um número reduzido de participantes pois não se deseja extrapolar para o universo mas sim, compreender as experiências vividas e as percepções dos enfermeiros (Bogdan e Biklen, 1994).

Como se pretende uma descrição significativa do fenómeno proceder-se-á a uma amostragem intencional, através da qual, de acordo com determinado critério, é escolhido propositadamente um grupo de elementos que constituirão os participantes e posteriormente o pesquisador irá dirigir-se até eles por forma a recolher a sua opinião (Bogdan e Biklen, 1994).

Para o presente estudo foram selecionados enfermeiros que exercem funções num serviço de pedopsiquiatria e que voluntariamente se disponibilizaram para nos responder.

Não foram considerados critérios de exclusão.

## **2.4 - Variáveis**

“A variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e as quais é atribuído um valor numérico” (Fortin, 2009 pág.48).

As variáveis estão ligadas aos conceitos teóricos e podem classificar-se como: independente, dependente, atributo e estranha.

Para este estudo consideramos as variáveis atributo assim definidas: idade, anos de serviço, anos de serviço em pedopsiquiatria, ter ou não especialidade e qual, se trabalham no serviço por opção própria ou da direção de enfermagem e se possuem alguma formação sobre distúrbios do comportamento alimentar.

## **2.5 - Instrumento de recolha de dados**

A recolha de dados, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável, e dos instrumentos disponíveis (Fortin, 2009).

Na investigação qualitativa pode ser utilizada uma diversidade de estratégias para recolha de dados. No presente estudo, a estratégia utilizada pela investigadora foi a entrevista semi-estruturada, e de acordo com Fortin (2009), este é o método mais adequado quando se pretende conhecer as experiências e as percepções dos participantes. O instrumento de recolha de dados foi elaborado pela autora após ter consultado bibliografia de referência sobre o tema e está organizado em duas partes: a primeira parte trata da caracterização socioprofissional que integra pontos-chave relativos ao entrevistado tais como, o sexo e a idade, a formação profissional, os anos de serviço na profissão de enfermagem, bem como os anos de serviço em pedopsiquiatria; a segunda parte da entrevista semi-estruturada, é constituída por questões abertas de orientação fazendo ressaltar os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que consiste a sua experiência (anexo 1). O investigador, antes da entrevista, deve informar o entrevistado sobre o interesse, a utilidade, o objetivo, as condições da mesma e o compromisso do anonimato.

Para se proceder à realização das entrevistas e após verificação da validação do instrumento, foram tidos em consideração alguns procedimentos: as entrevistas foram realizadas individualmente, em sala reservada e registadas sob o formato áudio (após previa autorização das entrevistadas), para posterior transcrição e análise de conteúdo. A escolha por este formato permitiu a diminuição de fontes de distração para o entrevistado.

### **2.5.1 - Pré-teste**

Um pré-teste, segundo Fortin (2003, pág.253) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.

O pré-teste efetuou-se a dois enfermeiros, um de cuidados gerais e outro especialista em saúde de mental e psiquiatria, sendo que estas entrevistas não fazem parte da amostra em estudo. As perguntas não suscitaram dúvidas pelo que não foram efetuadas alterações.

## 2.6 - Princípios éticos

As investigações que envolvem seres humanos geram sempre preocupações éticas.

Para Fortin (1999,p.116), a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

- **Direito à Auto determinação:** A pessoa tem direito de decidir por ela própria da sua participação numa investigação e de se retirar do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma sanção nem em nenhuma pena.
- **Direito à intimidade:** reporta-se à faculdade que o individuo tem de decidir por ele próprio sobre a informação de natureza pessoal que ele tornará publica no quadro de uma investigação.
- **Direito ao anonimato e à confidencialidade:** É respeitado se a identidade das pessoas não poder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.
- **Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo:** Baseia-se no princípio da beneficência e corresponde as regras de proteção das pessoas contra incómodos capazes de lhes fazerem mal ou de as prejudicar.
- **Direito ao tratamento justo e equitativo:** Os participantes têm o direito de ser tratados de maneira justa e equitativa antes, durante e após a investigação, o investigador deve informar a pessoa sobre a natureza, a finalidade e a duração da investigação, assim como dos métodos a empregar.

Ao longo deste estudo de investigação, a investigadora respeitou e maximizou todos os direitos abordados anteriormente, em que o método de recolha de dados foi a entrevista em que os enfermeiros participantes foram informados sobre a temática em estudo e se candidataram de livre vontade.

### III. Fase empírica

Para Fortin (2009) a fase empírica é uma etapa que inclui a colheita de dados e o seu tratamento e apresentação: passando-se depois para a apresentação, leitura e análise dos dados recolhidos.

A análise e a interpretação dos dados seguiram um sistema categorial definido, e as subcategorias e os dados foram analisados categoria a categoria de acordo com os sujeitos entrevistados e tendo por base a análise dos dados recolhidos.

#### 3.1- Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 8 enfermeiros que trabalham num serviço de pedopsiquiatria de um hospital da região norte, cuja caraterização apresentamos no quadro nº1.

Género	Idade	Formação profissional	Anos de Curso	Tempo no serviço	Opção pelo serviço	Formação específica
Fem.	45	Especialista em saúde mental e psiquiatria	20	8	Opção própria	Formação apenas da especialidade
Mas.	52	Especialista em saúde mental e psiquiatria	30	18	Opção própria	Formação da especialidade + pesquisa individual. Realização de alguns artigos sobre o tema.

Cuidar do adolescente com anorexia nervosa

<b>Fem.</b>	48	Especialista em saúde mental e psiquiatria	23	4	Opção própria	Formação apenas da especialidade
<b>Fem.</b>	58	Licenciatura	34	11	Opção própria	Pesquisa individual
<b>Fem.</b>	50	Especialista em saúde infantil e pediátrica	26	4	Opção própria	Não tem
<b>Masc.</b>	47	Especialista em saúde infantil e pediátrica	24	11	Opção própria	Participação em congressos
<b>Fem.</b>	55	Especialista em saúde infantil e pediátrica	35	5	Opção própria	Participação em congressos
<b>Fem.</b>	35	Especialista em saúde mental e psiquiatria	11	11	Opção própria	Formação apenas da especialidade

Quadro 1 - Características socioprofissionais da amostra

**A análise do quadro que caracteriza o nosso grupo de entrevistados permite-nos concluir que:**

- São maioritariamente do sexo feminino;
- A média de idades é de 48,75 anos
- A média de anos de serviço é de 25,4 anos

- A média de anos de serviço na pedopsiquiatria é de 9 anos
- 4 dos enfermeiros possuem a especialidade de enfermagem saúde mental e psiquiátrica e 3 possuem a especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.
- A escolha do serviço foi na totalidade dos inquiridos por opção própria
- Quanto a possuírem formação específica na área da anorexia, os Enfermeiros responderam do seguinte modo :
  - 3 enfermeiros referem que têm apenas a formação da especialidade;
  - 1 enfermeiro possui formação da especialidade + pesquisa individual + realização de artigos sobre o tema;
  - 1 enfermeiro refere que o seu conhecimento sobre a patologia advém de pesquisa individual;
  - 1 enfermeiro refere que não tem nenhuma formação específica sobre a anorexia;
  - 2 enfermeiros referem que a sua formação advém de congressos em que participam.

### 3.2 - Apresentação e discussão dos resultados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e realizaram-se varias leituras no sentido de surgirem as categorias e subcategorias, que são apresentadas no quadro nº2.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
Perceção/Consciencialização da doença	
Família	Disfunção familiar Relação simbiótica Comunicação
Disponibilidade	Enfermeiro / Adolescente
Caracterização	Anorética
Influência dos média	Padrão de beleza Televisão
Vivência dos enfermeiros	
Integração	
Relação com a comida	

Quadro 2 - Categorias e subcategorias das unidades de registo.

Após a apresentação do quadro em que se podem visualizar as categorias e subcategorias, iniciamos de seguida a discussão dos resultados obtidos de acordo com o conhecimento adquirido sobre a temática e os autores de referência que consultamos.

## **Percepção/Consciencialização da doença**

A anorexia é uma doença causada pela distorção da percepção que o indivíduo tem do seu próprio corpo, levando a pessoa a pensar estar “gorda” quando seu estado pode ser cadavérico e a vida do adolescente pode estar em risco.

Segundo o conceito de imagem de Schelder (1999), este relaciona a conexão entre o indivíduo e o mundo ao seu redor. Para o autor a imagem corporal está além dos limites do corpo físico, as noções dos espaços internos e externos na imagem corporal que não são as mesmas que a física. Segundo Schilder (1999) entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada na nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós.

Os enfermeiros entrevistados referem que a consciencialização da doença é importante para a recuperação dos adolescentes

*(...) quando começam a melhorar e a ter percepção da doença reconhecem que mentiram muito (...)*E4

Nilsson e Hagglof (2006), num estudo realizado com utentes recuperadas de AN, que se desenvolveu durante a adolescência, conseguiram obter informações sobre a perspetiva destas, após aproximadamente dezasseis anos. Todas as participantes conseguiram identificar um momento chave durante os seus processos de recuperação, que se constituiu como um “momento de viragem”. Os eventos relatados estavam relacionados com o facto de se consciencializarem que as consequências dos seus comportamentos poderiam resultar em danos físicos graves, ou mesmo em morte. Estes “momentos de viragem” resultavam muitas vezes no reconhecimento da severidade da doença e passavam a ser o início do processo de aceitação da mesma, que muitas vezes levava à recuperação.

*(...) que a menina ou menino tome consciência do seu problema (...) e a criança vai a pouco e pouco tomando consciência da sua situação (...)* E7

*(...) tentar que se centre no presente, e tome consciência da sua realidade e não se foque apenas na angústia do passado (...)* E8

Nem sempre é fácil para os adolescentes terem percepção da doença, é um caminho longo até que eles comecem a ter percepção da realidade. Inicialmente a negação da doença é característica assim como a distorção da sua imagem física. O que se pretende é que ao longo do internamento eles vão ganhando consciência que estão doentes e que precisam de ajuda.

## **Família**

A Organização Mundial Saúde (OMS) define a família como o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde. Reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença e a principal fonte de suporte socio-emocional do indivíduo, sendo ela também, o amortecedor do impacto das transformações sociais.

- **Disfunção familiar**

Uma das razões apontadas pelos Enfermeiros para a anorexia dos adolescentes foi o facto de estarem inseridos em famílias disfuncionais.

O conceito de família disfuncional é, habitualmente, atribuído a famílias onde as relações entre os seus membros não são equilibradas e estáveis e onde os padrões de comunicação alterados conduzem a problemas crónicos no seio da família.

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

*(...) tem a ver com os pais, com as disfunções que a família apresenta, (...) El*

Os jovens não recebem, por vezes, as orientações necessárias em casa. Essa “desorientação” estimula uma busca também desorientada, sem suporte, sem metas definidas: surge a frustração, delegando-se a fatores irrelevantes as causas da insatisfação.

É preciso repensar a educação, não apenas nas escolas, mas principalmente nas famílias. Cada um é resultado dos valores que lhe foram passados em casa. E quando tais valores estão ausentes ou invertidos na escala axiológica, o resultado são jovens e futuros adultos com expectativas confusas e alienadas

*(...) pode influenciar isso, é a forma como as famílias estão organizadas e como já não se cozinha tanto como se cozinhava antigamente. (...) E2*

*(...)este aumento deve-se à disfunção familiar que existe, e penso que fazem isto no início para chamar a atenção da família e depois não conseguem controlar essa descida de peso (...) E7*

Os jovens anoréticos, através da sua inteligência, obediência, perfeccionismo e devoção aos estudos e ao trabalho, satisfazem essa rígida expectativa, colaborando para manter a aparente harmonia da vida familiar, em detrimento da sua personalidade em formação. Porém, a chegada da adolescência, faz com que os jovens aparentemente bem adaptados sejam inundados por sentimentos de ineficiência, desamparo e descontrolo sobre o seu corpo e a sua vida (Bruch, 1972; 1978, cit. por Santos et al, 2004).

*(...)os pais desde bebés devem promover a autonomia das crianças, devem ter tempo para estarem com elas, não devem se sentir culpados porque foram trabalhar e deixaram as crianças (...) As crianças hoje são educadas com a pressão dos pais em que têm que ser perfeitas, e depois chegam a adolescência em que têm que continuar a responder aqueles padrões muito elevados de beleza e não conseguem, porque estão a fazer aquilo que o pai e a mãe querem não o que eles querem (...) E8*

Dos 8 enfermeiros entrevistados, metade referiu a disfunção familiar como um dos factores desencadeantes da anorexia nervosa. É difícil os pais compreenderem que limites entre membros da família demasiado rígidos ou praticamente inexistentes não são benéficos para os adolescentes. Por exemplo, um pai que depende excessivamente

da criança e procura nela apoio emocional ou que não promove o desenvolvimento da autonomia nos filhos, chamando a si a resolução de todos os problemas e não permitindo que os filhos tomem decisões é um factor que pode levar ao aparecimento da doença.

Constatamos que no serviço em que foram realizadas as entrevistas, não existe da parte da equipa multidisciplinar nenhum tipo de abordagem no sentido de melhorar a disfunção familiar, ou alterar alguns ideais menos corretos. O tratamento é centrado no individuo e não na sua família.

- **Relação simbiótica**

Não é difícil diagnosticar a Anorexia Nervosa, mais difícil é compreender o que possa ter levado uma jovem a deixar de comer, não só o porquê, mas para quê.

A relação mãe/bebé tem uma importância primordial no desenvolvimento do bebé e posteriormente da criança.

Segundo Vieira (2008, p. 648) tendo por base a visão de Lacan (1956-57), citando-o: “a anorexia mental não é um não comer, mas um comer nada”, “nada é justamente algo que existe no plano simbólico”, sendo o nada a ausência da mãe de quem é dependente. Fuks e Campos (2010, p. 46) defendem a mesma ideia acrescentando que a jovem com anorexia “come o nada e se oferece, pela via da identificação, ela mesma a ser esse vazio”, trazendo ainda a reflexão de Recalcati (2003), de que o corpo da jovem anorética se transforma num “semicadáver, se consome, mas apenas para abrir no Outro materno uma falta” (Fuks e Campos, 2010, p. 46-47). Rusca (2003) cit. por Cañete, Vitalle e Silva (2008, p. 382) nesse mesmo sentido afirma que “o alimento é o primeiro meio de comunicação mãe e bebe, e recusá-lo pode ser uma forma de rejeitar os laços físicos e psicológicos com a mãe: pode ser um caminho para romper o cordão umbilical”.

Alguns dos enfermeiros entrevistados referiram a relação simbiótica

*(...) separamos de imediato a criança dos pais, principalmente da mãe (...). È importante a separação dos pais, porque apesar desta ser uma patologia muito*

*complexa há uma característica comum a todos os anoréticos, que é uma relação demasiado simbiótica com as mães como já não é suposto ser nestas idades (...) E2*

*(...), e por norma estes adolescentes têm uma relação simbiótica com as mães (...)E3*

*(...) As mães devem estabelecer uma relação salutaria, a criança deve ser autónoma (...)* E8

Não tendo sido feita uma separação-individualização enquanto bebé, mais difícil vai ser realizá-la na adolescência. Cañete, Vitalle e Silva (2008, p. 382) salientam que “no processo de individualização a quebra da relação simbiótica mãe-filha é lenta e se desenvolve à medida que surgem a consciência de si e do desejo, coincidindo com a noção de não ser parte da mãe, mas sim uma entidade autónoma”. Como referido, este é um processo lento e difícil, não só para a adolescente, mas também para a mãe. A jovem adolescente quer ganhar a sua autonomia, quer separar-se das figuras parentais, mais especificamente da mãe e, por vezes, a alimentação é a única via que encontra para “proporcionar sentimentos de controlo sobre a própria vida” (Townsend, 2002, p. 546).

#### • **Comunicação**

A comunicação humana é um processo que envolve a troca de informações. Riley (2004) refere que comunicar é enviar, transmitir, dar a conhecer.

Para Phaneuf (2005,p.23) a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. Contudo é preciso não esquecer que estas pessoas são muito diferentes, tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares.

Na vivência humana a comunicação é considerada uma questão de enorme importância pois influencia toda a nossa existência, a nível pessoal, profissional ou de grupo. Faz parte da prática de enfermagem, sendo reconhecida e considerada como um dos elementos do desenvolvimento do enfermeiro. Ser detentor de uma comunicação eficaz é de facto uma capacidade que, como elemento de competência, está presente nas mais variadas situações e contextos. A comunicação constitui, ainda um componente

essencial para o relacionamento entre os elementos da equipa de enfermagem, entre a equipa multidisciplinar e entre o enfermeiro e a criança/jovem/ família.

*(...)Nós comunicamos bastante com as famílias (...)E1*

*(...) a comunicação que os enfermeiros têm com a família é muito importante porque são os pais que estão mais tempo privados de ver os seus filhos, portanto a angustia é maior, e os enfermeiros têm a obrigação de trabalhar a angustia dos pais nos telefonemas, os pais não podem telefonar para os filhos mas podem telefonar para os enfermeiros por tanto é preciso estarem atentos nessas alturas ao telefone com a angustia dos pais(...) E2.*

*(...)é claro que há casos em que é difícil os pais entenderem que ficam sem os filhos longe deles por um tempo por isso tentamos ter uma boa comunicação de forma a acalma-los, apazigua-los, deixa-los tranquilos e mostrar sempre a nossa disponibilidade para isso(...)E1.*

A família representa a interface entre o doente e a equipa de enfermagem. Desta forma, o envolvimento da família no processo de comunicação durante o internamento, torna-se imprescindível.

Para Resta e Budó (2004), a família jamais deve ser excluída do cuidado, sendo que ela é a referência do utente, com o amor, a confiança e muitas vezes o motivo da sua existência.

No entanto, para alguns dos Enfermeiros entrevistados a comunicação parece assumir contornos de menor ou inexistente proximidade.

*(...) A comunicação é muito complicada (...) E3*

*(...)A comunicação é estabelecida apenas pelo telefone (...) E4*

*(...) A comunicação é feita por nós (enfermeiros) mas é muito ténue, apenas por telefone, e só quando vêm trazer a roupa (...)E5*

*(...)A comunicação normalmente é feita na hora da visita e são de curtos períodos, e quando telefonam (...) E6*

O facto da comunicação Enfermeiro/Família ser realizada maioritariamente por telefone não deixa de ser comunicação. O que se nota é que a equipa de enfermagem sente que não tem uma comunicação eficaz com a família e se desculpabiliza por esta se efetuar pelo telefone.

*(...)A comunicação é essencialmente por telefone (...) E depois também há comunicação quando vêm fazer a troca de roupa, (...) e os enfermeiros se tiverem oportunidade falam um bocadinho com eles (...) E7*

*(...)A comunicação é estabelecida por telefone (...)E8*

São inúmeros os sentimentos que a família tem sobre o internamento do seu familiar. Em pesquisa realizada Almeida et al. (2009), demonstrou que ansiedade, preocupação, angústia e tristeza, impotência, dor e mágoa, perda, medo e pânico, confiança, insegurança, fé e esperança, são sentimentos que os familiares experienciam. Desta maneira é importante que o profissional de saúde não tenha contato somente com o utente, mas também ter um olhar mais amplo com a família, na tentativa de perceber o que ela sente, porque provavelmente será transferido, mesmo que involuntariamente, para o adolescente. Sendo que quanto menos informação a família tiver, mais aumentará sua apreensão.

Após a análise das entrevistas pode concluir-se que os enfermeiros entrevistados têm noções diferentes da importância da comunicação. Apenas 2 enfermeiros dos 8 entrevistados refere a comunicação Enfermeiro/ família como imprescindível para a recuperação do adolescente. Muitas vezes a equipa de enfermagem não está disponível para dar informações aos familiares, o que gera alguma angústia. Maioritariamente os familiares, nomeadamente os pais, não querem saber sobre a patologia em si ou se ganharam peso, mas se o adolescente está bem, se fez as refeições de forma adequada, visto que padecem de uma perturbação do comportamento alimentar.

## **Disponibilidade: Enfermeiro / Adolescente**

Disponibilidade é a possibilidade de uma pessoa ou algo estar presente quando necessário. A disponibilidade refere-se à presença funcional que faz com que seja possível dar respostas, resolver problemas ou simplesmente proporcionar uma ajuda limitada.

Na perspectiva de enfermagem podemos incluir a disponibilidade na relação de ajuda. Para Chalifour (2008,p.33), a relação de ajuda consiste numa interação entre duas pessoas, o interveniente e o utente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do utente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade .

*(...)que haja uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente (...) E1*

*Disponibilizamos presença,(...) colocar-nos sempre disponíveis para o adolescente (...).E2*

*(..)facilitar contacto, facilitar comunicação, apresentar disponibilidade, (...)E5*

A disponibilidade foi referida por 3 enfermeiros como sendo uma das estratégias utilizadas para que a integração dos adolescentes seja mais fácil. Estes jovens estão muito ligados aos seus pais, principalmente às suas mães, quando estão no internamento numa fase inicial não têm qualquer contacto com o meio exterior, nomeadamente as suas famílias, são retirados da sua zona de conforto e colocados num lugar em que tudo lhes é estranho, os Enfermeiros têm um papel importante na medida em que face à ausência da família passam a constituir-se como uma representação da figura maternal na qual os adolescentes procuram compreensão e afeto.

## **Caracterização: Anorética**

Um utente ao entrar no hospital, sofre o que Goffman (1961) chama de "processo de despojamento", para descrever os procedimentos do processo de admissão da pessoa diagnosticada como doente mental, que necessita de assistência na instituição psiquiátrica, ou seja, é destituído das suas roupas, dos seus pertences, enfim da sua identidade, portanto dos atributos através dos quais o indivíduo se identifica, e se reconhece como pessoa.

No hospital geral o processo de admissão é análogo, a pessoa doente não pode levar para o hospital as marcas da sua identidade, os seus objetos, a sua família, enfim a sua pessoa. Transforma-se, então, em uma doença, em um órgão doente, em um número de leito. Em função da cura e da conservação do corpo, perde-se a dimensão de totalidade do homem e da sua condição de ser humano, para tornar-se um corpo passível de ser curado. Tratando o homem desta forma o hospital perde o seu carácter acolhedor e hospitaleiro, que lhe conferia o dispositivo religioso. Constata-se que no hospital moderno há uma dicotomia entre avanço técnico-científico e a dimensão humanizadora da assistência, como se ambos tivessem que caminhar separadamente.

Ao longo das entrevistas quando se falava dos adolescentes a caracterização utilizada para os descrever foi:

*(...) È importante a separação dos pais, porque apesar desta ser uma patologia muito complexa há uma característica comum a todos os anoréticos, que é uma relação (...)*  
*E2*

Ao classificar diversas posturas de profissionais de saúde em relação aos seus utentes, Angerami-Camon (1998) denomina "calosidade profissional" a um distanciamento do profissional de saúde, experiente, que já está "acostumado" com a dor e o sofrimento do outro, que se caracteriza por adotar uma posição de indiferença total em relação a estes aspetos.

*(..) Apresenta-lo ao grupo, e depois normalmente eles relacionam-se facilmente principalmente as anoréticas. Normalmente quando chega cá uma anorética já cá estão*

*outras e não é preciso fazer muito para que eles se aproximem (...)os anoréticos têm facilidade em se integrar (...) E5*

*(...) agora já se houve mais falar na comunicação social que faleceu uma anorética mas até a algum tempo atrás isso não acontecia, (...) E6*

*(...) estabelecer objetivos individuais e era uma necessidade para as anoréticas trazer-lhes prazer ao lidar com os alimentos (...)Apesar do grupo não ser dirigido só para as utentes anoréticas estas são as que mais beneficiam com esta atividade (...) E8*

A anorexia nervosa é uma doença mental grave, com taxas de morbilidade e de mortalidade tão elevada como qualquer outra doença psiquiátrica e apesar disso, nos dias de hoje, ainda é desvalorizada.

No decorrer das entrevistas foi notória a forma como os enfermeiros se referem aos adolescentes com anorexia, maioritariamente todos se referiam a estes doentes como “o/a anorética”. Ao longo das entrevistas foram vários os que referiram não compreender esta doença

*(...)esta foi das patologias que tive mais dificuldade em trabalhar, pois tenho dificuldade em entender como é que alguém que gosta de comer, porque eles gostam de comer e têm prazer em comer e depois fazem restrição (...) E3,*

*(...) é uma situação muito complicada de se lidar, porque é uma patologia que faz impressão a forma como eles comem e a forma física que têm (...)E5*

Uma das dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam no internamento dos adolescentes com anorexia e o facto de os adolescentes não serem capazes de reconhecer no seu comportamento alimentar um traço patológico, este é o maior desafio terapêutico a ser vencido, na medida em que dificulta ou até mesmo inviabiliza o desenvolvimento de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o utente.

*(...)principalmente porque hoje em dia há tanta alimentação, tanta variedade nos supermercados,é difícil compreender a restrição que eles fazem (...)E7*

Com estas afirmações é possível afirmar que os enfermeiros têm dificuldade em ver a anorexia como doença mental, e talvez por esse motivo involuntariamente estejam a

rotular os adolescentes que padecem dessa patologia, o que dificulta a relação de ajuda e a empatia e compaixão que a situação de doença e do profundo sofrimento que esta provoca nos adolescentes necessita para que possam alcançar-se a melhoria do seu estado de saúde.

## **Influência dos média**

- **Padrão de beleza**

Os fatores sociais e culturais são considerados como os principais fatores predisponentes da Anorexia Nervosa. Assiste-se desde a década de 70, a uma crescente pressão veiculada pelos meios de comunicação social para a magreza, que se concretiza pelo grande crescimento dos artigos sobre dieta nas revistas femininas relativamente à década anterior e por uma mudança no peso e formas que configuram o ideal de beleza ocidental.

Efetivamente, por todo o lado, assistimos a mensagens poderosas e muito frequentes sobre que atributos as mulheres e jovens devem ter, os quais são considerados já um potencial fator de risco das perturbações alimentares (Tucci & Peters, 2008). Vivemos rodeados pela proliferação de celebridades que difundem não só uma imagem de magreza, como associada a esta, difundem também uma imagem de poder, de beleza, de desejo (Ahern, Bennett & Hetherington, 2008). Segundo Vandereycken (2006), a influência da sociedade e da cultura parece ter um efeito no desenvolvimento das perturbações alimentares, ainda que esta influência seja complexa e multideterminada.

*(...) A enorme pressão que é feita principalmente nas mulheres contra o seu envelhecimento, a sociedade faz uma enorme pressão nas mulheres para que não envelheçam, o mito da eterna juventude é mesmo um mito, esta é uma pressão que não se faz tanto nos homens, por exemplo quando a mulher vê que esta com cabelos brancos vai pinta-los porque acha que já não está jovem, enquanto um homem tem cabelos brancos as mulheres dizem que fica mais charmoso.(...) E2*

Na sociedade existe cada vez mais uma grande indústria, a indústria do belo, que vai desde o corte de cabelo, ginásticas, dietas, cirurgias plásticas, roupas adequadas, maquiagem, massagens, farmacologia, entre muitas alternativas, tendo como promessa principal a melhora da imagem corporal e a completa satisfação pessoal.

*(...) os modelos de roupa terem tamanhos mais “reais” (...)E4*

*(...) Alterar o conceito de mulher ideal em que a magreza extrema está presente. Nos últimos anos a imagem adotada para o conceito de beleza é as anoréticas (...) E5*

*(...) Uma das estratégias e que usem essas modelos de moda mais reais, com tamanho reais não continuar a utilizar a ideia de magreza nas modelos (...)E7*

*(...)continuar a responder aqueles padrões muito elevados de beleza e não conseguem, (...)E8*

A quantidade de jovens e adolescentes que fazem dietas exageradas para não engordar tem crescido. Contudo, para seguir os padrões de beleza que personifiquem o corpo magro, a maioria delas acaba sofrendo de distúrbios alimentares. Hoje em dia, a exigência de uma boa forma física pode ser considerada como uma das principais responsáveis pelo aumento de pessoas que sofrem de transtornos alimentares. Os meios de comunicação, as grandes marcas da moda e os desfiles milionários de moda podem ser visto como percursores e disseminadores da insatisfação corporal que milhares de mulheres e homens têm vivenciado. Assim como Sant’Anna (2001) podemos refletir e problematizar que toda esta agitação, a falta de espaços para criar e pensar sugere a assemelhação dos seres humanos a amebas, pois as suas respostas ocorrem para o exterior e quase que instantaneamente aos estímulos recebidos, agindo por reflexo, e não pela reflexão.

Em suma, vive-se atualmente uma ilusão que o ideal de magreza é facilmente atingível e que não conseguir emagrecer é uma forma de fraqueza.

- **Televisão**

Segundo a Associação Americana de Propaganda, propaganda é a mensagem divulgada em veículos de grande penetração (TV, rádio, revistas, jornais etc.) e patrocinada, isto é,

paga por um anunciante que tem por objetivo criar ou reformar imagens ou referências na mente do consumidor, predispondo-o favoravelmente em relação ao produto, serviço ou empresa patrocinadora. (SEBRAE, 2010).

A televisão é o veículo de comunicação por excelência utilizado para o entretenimento e informação; representa a maior fonte de informação sobre o mundo, sendo capaz de transmitir aos mais diversos lugares e culturas dados sobre como as pessoas se comportam, o que vestem, o que pensam, como aparentam ser e o que comem. As publicidades televisivas, bem como as veiculadas em outdoors e em inúmeras revistas femininas, evidenciam a imposição de um padrão corporal que ignora os aspectos genéticos. Faz-se necessária, portanto, a remodelação desses valores, visto que muitas mulheres têm adoecido e algumas chegam à morte, em busca da vida numa sociedade que defende a magreza a qualquer custo. O mundo das dietas e a indústria do emagrecimento incluem livros, revistas, artigos de jornal, programas de televisão, vídeos com exercícios físicos, regimes alimentares e cirurgias plásticas. Essas mensagens influenciam o psiquismo, principalmente o feminino, principal alvo de tais investidas (Solto., & Bucher., 2006).

Os adolescentes são os mais influenciados pela televisão, pois estes encontram-se num período de mudanças, em que estão a construir a sua identidade. O adolescente vê na televisão uma imagem que é vista como imagem ideal e tenta se assemelhar com essa imagem dita ideal.

Ao longo das entrevistas a televisão foi referida como o meio de comunicação que mais influência tem nos adolescentes

*(...)Podia-se começar pela televisão, pela alteração da mensagem que é passada nos meios de comunicação (...),os jovens infelizmente hoje em dia vêem muita televisão, (..) E1*

*(...)Meios de comunicação, como a televisão, (...) E4*

*(...)que usem modelos de moda mais reais, com tamanho reais não continuar a utilizar a ideia de magreza extrema nas modelos, pois é isso que os jovens observam na televisão (...)*E7

Na adolescência onde a construção de identidade está no seu auge, qualquer característica de um ídolo (alguém que o adolescente goste ou aprecie) e que o grupo que ele está inserido também goste, serve de identificação e de cópia. Estes repetem comportamentos, padrões, usam as mesmas roupas, etc. E é nesta fase de construção de identidade que pode surgir a anorexia, pois os jovens estão a construir uma identidade baseada no que vêem na televisão ou numa revista e eles vão tentar copiar a forma física do seu ídolo mesmo que para isso tenham que fazer restrição alimentar para chegarem ao corpo perfeito.

*(...) As crianças hoje são educados com a pressão de que têm que ser perfeitos, pressão essa feita pelos média e pelos pais,(...)E8*

Metade dos enfermeiros entrevistados refere a televisão como um meio que pode influenciar o desenvolvimento da anorexia.

## **Vivência dos enfermeiros**

Firmino, Lucas e Serra (2007) defendem que a definição de vivência é usada pela fenomenologia para expressar as manifestações subjetivas, que só têm existência real para os que vivem, sendo o elo intermediário entre o Eu e o Mundo. Portanto, é esta a essência do nosso método, isto é, descrever o modo como os participantes experienciaram o vivido, refletindo o ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência.

Mora (1977, p.421-422) refere que “a vivência não é, algo dado; somos nós que penetramos no interior dela, que a possuímos de uma maneira tão imediata que até podemos dizer que ela e nós somos a mesma coisa. A vivência é efetivamente vivida, isto é, é experimentada como uma unidade dentro da qual se inserem os elementos da análise, mas a vida psíquica não é constituída unicamente por vivências sucessivas, mas também com elementos simples, juntamente com as apreensões que se entrecruzam continuamente”.

Relativamente às Vivências dos Enfermeiros, Fernandes (2011) refere que “os enfermeiros, como qualquer outro ser humano, experienciam sentimentos de medo a vários níveis”.

*(...)se tivermos filhos adolescentes estas situações são mais complicadas porque o instinto projetivo é maior (...) E2*

*(...)Para mim é difícil lidar como qualquer outra patologia, porque eu, talvez pela minha idade, coloco-me mais no lugar da mãe ou do pai, porque acho que deve se bastante angustiante ter um filho com uma doença destas (...) E7*

Durante a vida de qualquer pessoa ou profissional, existe um processo evolutivo ao que chamamos de Crescimento Pessoal. Claudino, (2015) refere que quem somos, o que sentimos e como agimos afeta a nossa relação com o mundo, com quem convivemos diariamente, seja na esfera pessoal como na profissional. Estamos em permanente processo de crescimento pessoal, ainda que nem sempre sejamos conscientes disso. Associado ao conceito de crescimento pessoal, surge a ideia de um processo de evolução, de capacidade para melhorar de forma mais consciente e íntegra.

Ao longo da sua vida profissional os Enfermeiros são confrontados com diversas situações que vão influenciar a sua forma de ser e de agir. Não nos podemos esquecer que os Enfermeiros também são pais/ mães, pessoas com família, e nem sempre é fácil separar os papéis. Segundo a E8 é difícil separar o papel de mãe e de enfermeira (...) *Agora consigo me abstrair mais, quando comecei a fazer o grupo o meu filho alimentava-se muito mal, era muito pequeno e comia muito mal, e na altura foi muito difícil separar a parte de enfermeira de mãe. Houve alturas em que eu estava a levar o que fazia no hospital para casa, controlar a hora da refeição e a duração. (...), a separação de papéis é algo que é trabalhado ao longo do tempo pelos Enfermeiros para que estes possam desempenhar melhor as suas funções.*

## **Integração**

A AN tem uma taxa de mortalidade de cerca de 20% entre os casos que se tornam crônicos, sendo as principais causas o suicídio, a inanição, falência de diferentes órgãos

e a morte súbita devido a problemas cardíacos. Mas há ainda que se considerar as comorbidades psiquiátricas, como a distimia, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo e transtornos de personalidade que são comuns em pacientes com TA (LENOIR; SILBER, 2006).

O adoecimento provocado pelos TA pode tornar a internação hospitalar necessária para o rápido reestabelecimento do peso quando esse está muito abaixo do esperado para altura e/ou para recuperar o desequilíbrio hidroeletrólítico comum aos casos de bulimia nervosa (BN) ou anorexia nervosa (AN) do tipo purgativa. Há ainda os casos em que o emagrecimento extremo leva ao risco de falecimento de um ou mais órgãos e a internação torna-se um imperativo.

O hospital é um contexto complexo que envolve capacidades, comportamentos e atitudes dos profissionais que tratam da saúde. Em geral todos procuram o objetivo de curar não importando os meios para que cheguem a esse objetivo. Em muitos momentos não valorizando os aspetos emocionais. Crepaldi (1999, p.93) diz que a visão de quem atende é por assim dizer etnocêntrica, na medida em que a alteridade dos utentes não é um aspeto relevante, ou seja o paciente e a sua família é que devem adequar-se ao ambiente hospitalar.

Na hospitalização existem vários fatores que devem ser entendidos, segundo Gil (2006,pág.19), em relação ao processo de hospitalização pode-se dizer que este deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas como um conjunto de fatores decorrentes destes e suas implicações na vida do utente.

O utente ao ser hospitalizado, passa a fazer parte das regras e rotinas da instituição, cuidado pela totalidade dos profissionais, sendo de extrema importância o esclarecimento das etapas vividas nesse contexto, segundo Angerami (2004,pág.37) um relacionamento precário entre o paciente e a equipa de saúde pode infligir-lhe sofrimentos que transcendem a própria efermidade.

De acordo com Kitayama e Bruscatto (2008, pág.140) o sofrimento pode ser compreendido como uma angústia acentuada, que transcende o desconforto corporal, relacionando-se intimamente à sensação de ameaça à integridade pessoal diante das adversidades.

*(...) separamos de imediato a criança dos pais, principalmente da mãe, tentamos que se integre no grupo e colocamo-nos sempre disponível para o adolescente (...) E2*

*(...) Após mostrar o serviço, a primeira coisa que faço é integrar no grupo, peço para se apresentar ao grupo e o grupo ao adolescente. Tento que o adolescente interaja com o grupo pois este normalmente apresenta muita angústia de separação (...) E3*

Os adolescentes que sofrem de anorexia têm tendência a se integrarem/agruparem dentro de um grupo que apresenta a mesma patologia, o que nem sempre é vantajoso para eles. Segundo os Enfermeiros:

*(...) Não é difícil a integração delas pois tem sempre no serviço utentes com anorexia então elas próprias tendem a se agrupar. No início fazem todas a mesma coisa. (...) E4*

*(...) Apresenta-lo ao grupo, e depois normalmente eles relacionam-se facilmente principalmente as anoréticas. Normalmente quando chega cá uma anorética já cá estão outras e não é preciso fazer muito para que eles se aproximem, normalmente temos é que fazer o contrário (...) E5*

Relativamente aos grupos terapêuticos de adolescentes com anorexia nervosa, segundo Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002, p. 45) “programas que incluem psicoterapia de grupo podem ser ineficazes durante a fase aguda. Podem frequentemente provocar efeitos negativos, pois aguçam a competitividade pela perda de peso”. Grupos homogêneos, em que prevaleça a mesma patologia não é então o mais indicado. No entanto, se forem grupos heterogêneos, poderão até ser benéficos para o adolescente uma vez que, é na relação com o outro que se vai conhecendo a si.

A troca de experiências entre pessoas que partilham problemas semelhantes possibilita a discussão de situações vividas com a doença e o tratamento e a adaptação ao internamento que é muitas vezes vivido pelo adolescente como um castigo pelo seu comportamento.

## **Relação com a comida**

A comida pode simbolizar a maneira dos indivíduos encararem a vida, a forma de lidar com as suas emoções. Fisberg (2005) diz que algumas pessoas supervalorizam o alimento como um prazer que se pode comprar. Spada (2007) comenta que os alimentos são considerados condutores de afetos e os problemas começam a ocorrer quando há a tentativa de substituir os afetos e/ou de solucionar conflitos e rejeições através da ingestão ou da restrição alimentar. Então, o comer se torna uma recompensa substitutiva de emoções frustradas que não estão implicadas com a nutrição, mas com a satisfação.

A mudança drástica na alimentação, que ocorre no quadro de anorexia nervosa mostra que o indivíduo encontra-se sob sofrimento psicológico e incapacitado de resolver os seus problemas de outra forma. Os sintomas desenvolvem-se para preservar um estado psicológico frágil, apesar de significar auto-defesa, as suas consequências podem vir a ser autodestrutivas. Geralmente os adolescentes com anorexia nervosa são bem adaptados as expectativas parentais: são ambiciosos, orientados ao sucesso, são tidos como pessoas “sérias”, com bom convívio social, preocupados com os sentimentos dos outros e temerosos de críticas externas.

*(...) ajudamos ao nível da alimentação, pois estes apresentam uma grande angustia aquando das refeições (...) E1*

*(...) aquela aprendizagem, que as meninas, crianças aprendiam com a mãe na cozinha a fazer as refeições agora isso não acontece tanto, e tem a sua influencia, pois na anorexia o que nos interessa não é o alimento quanto coisa física, mas é o alimento sentimento, portanto não interessa a proteína e o hidrato de carbono e etc, mas interessa essencialmente o comportamento que o adolescente tem com a comida, e a relação que o adolescente com anorexia tem com a comida é a relação com o corpo estranho.(...) , e aqui o alimento funciona para o anorético como um corpo estranho e não como algo que lhe dá prazer. (...) E2*

Os adolescentes costumam ter uma relação persecutória com a comida: temem perder o controle em relação a ela – reproduzindo a relação que tiveram com seu objeto primordial, no qual não puderam ter confiança, segurança. É frequente a eleição de

alguns alimentos considerados “bons”, ou melhor, permitidos, tolerados, enquanto os demais, classificados como “maus”, são temidos, evitados, segundo uma distinção entre alimento e “veneno” (Freud,1921). Geralmente o critério empregado é o valor calórico – o que pode ter a influência do ideal social do corpo magro – (aliás, elas sabem de cor a tabela de calorias de diversos alimentos), mas também a origem, ou consistência, o significado que acabam tendo. O objeto-alimento (considerado bom) passa, assim, de sua qualidade de conteúdo a um papel de continente, no qual se torna o objeto que suporta e sustenta o sujeito, que se sente, ao mesmo tempo, envolvido pela sensação de saciedade, dela extraindo um sentimento de existir e de continuidade que, por outro lado, lhe falta.

*(...)pois deitam comida fora as escondidas (...) E4*

*(...)não se pode focar só na alimentação senão vai causar-lhes muita angústia (...)E7*

*(...)as anoréticas trazer-lhes prazer ao lidar com os alimentos, pois elas aqui no internamento quando são confrontadas com a comida nunca é uma atividade prazerosa, é sempre com o objetivo de ganhar peso (...), pois elas ao manusearem os alimentos conseguem expressar sentimentos, e a sua criatividade, e creio que o facto de serem elas a confeccionar os biscoitos faz com que tenham vontade de provar. (...)inicialmente elas não suportam o cheiro dos alimentos, não conseguem tocar na manteiga, não conseguem usar corantes ou aromas e á medida que elas vão melhorando elas começam a usar na massa, fazem um biscoito pequeno só com a massa e já o querem provar, (...) E8*

A modificação do padrão alimentar é uma das metas do tratamento da Anorexia Nervosa, pois a restauração de um peso saudável, mesmo que não represente risco de vida iminente, tem impacto sobre as crenças e as emoções da paciente.

À medida que os adolescentes vão progredindo no tratamento é notória a forma como vão encarando a alimentação. Inicialmente as horas das refeições são momentos de grande angústia, em que é perceptível o sofrimento que eles apresentam quando estão sentados no refeitório. Ao longo do internamento eles vão tomando consciência de que precisam se alimentar, e que as horas de refeições não precisam ser um momento de

angústia. No entanto, a relação com a comida é a que necessita de mais investimento por parte dos Enfermeiros no serviço.

## Conclusão

A realização de um projeto de investigação compreende um elevado esforço e um longo caminho a percorrer, desde a fase inicial, em que surgem as primeiras ideias sobre o tema em estudo até a sua consecução e a fase de apresentação do trabalho elaborado.

Foi percorrido um longo caminho, nem sempre foi fácil mas tentei empenhar-me ao máximo sempre com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a temática abordada e realizar o projeto de investigação o melhor possível, visto que esta foi a primeira experiência no campo da investigação.

Este projeto de investigação teve por objeto de estudo as intervenções que os enfermeiros desenvolvem num serviço de Pedopsiquiatria da região norte para que a integração dos adolescentes com anorexia seja mais fácil.

Na elaboração deste projeto de investigação foram detetadas algumas dificuldades e limitações que importa referir. Uma delas diz respeito ao fato de existir pouca bibliografia sobre a importância dos cuidados de enfermagem nos adolescentes com anorexia, a bibliografia existente foca a patologia, as causas e tratamento, não mais que isso. Outra das dificuldades encontradas centrou-se no fato de não termos conseguido respostas mais esclarecedoras por parte dos enfermeiros entrevistados que não se alongavam muito nas respostas dadas, fator para o qual também contribuiu a minha inexperiência como investigadora pois entendo que se tivesse mais experiência podia ter conseguido que falassem mais e expusessem de forma mais clara as suas ideias.

As conclusões que ressaltam deste projeto é que os Enfermeiros procuram integrar as crianças no internamento de modo a que se adaptem às regras estabelecidas que designam como contrato terapêutico o qual inclui o afastamento forçado da família mas que na sua opinião favorece a mudança de atitude em relação à ingestão de alimentos. Concluimos também que as razões que levam as adolescentes à anorexia não são totalmente compreendidas por todos os enfermeiros e que existe um aparente distanciamento entre os Enfermeiros e os adolescentes, necessário para facilitar a adaptação e a consciencialização daquilo a que chamam o problema das anoréticas. Também foi possível concluir que a sociedade tem uma grande influência nestes jovens

ao veicular de forma intensiva a construção do modelo de “corpo ideal” e que por isso é urgente em desmistificar junto dos jovens adolescentes esta ideia do corpo perfeito e da importância da imagem corporal.

Consideramos também que a nível da promoção da saúde os Enfermeiros que desenvolvem a sua actividade na Saúde Escolar, têm um papel importante pois podem alertar os jovens e as famílias para esta doença que é de difícil tratamento, que muitas vezes deixa sequelas para a vida e que impede os adolescentes de viverem a sua vida e a sua juventude de forma saudável e feliz.

A nível dos organismos de saúde e dos meios de comunicação social seria também necessário alertar para a doença e mobilizar pais, educadores e profissionais de saúde para a sua prevenção.

## Referências bibliográficas

Almeida, A. S. et al. (2009). *Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 844-849

Ahern, A., Bennett, K., & Hetherington, M. (2008). *Internalization of the ultra-thin ideal: Positive implicit associations with underweight fashion models are associated with drive for thinness in young women*. Eating Disorders, 16, 294-307.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV - Text Review: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-020-2.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed.. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1.

American Psychiatric Association (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*. [Em linha]. 3.<sup>a</sup> ed.. Disponível em <<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=9318&search=Eating+disorder>>. [Consultado em 12/04/2016]

Angerami, V. A. (2004). *Elementos institucionais básicos para implantação do serviço de psicologia no hospital*. Camon, V. A. A. *Tendências em psicologia hospitalar*, São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Angerami-Camon, V. A. (1998). *Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente*. Em V. A. AngeramiCamon (Org.), *Urgências Psicológicas no Hospital* (pp. 41-60). São Paulo: Pioneira

Assumpção, C. Cabral, M.[2002]. *Complicações Clínicas da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa*. Revista Brasileira Psiquiátrica. [Em linha]. vol. 24, p. 29-33. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700007)>. [Consultado em 14/04/2016].

Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia*. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-280-8.

Byrne, K. (2001). *Anorexia e Bulimia: um guia para pais e educadores*. 1.<sup>a</sup> ed.. São João do Estoril: Principia – Publicações Universitárias e Científicas. ISBN 972-8500-44-0.

Busse, S. R. (2004). *Bulimia e Obesidade*. São Paulo: Editora Manole, ISBN 85-204-1672-1

Cañete, M.; Vitalle, M; Silva, F.( 2008) . *Anorexia Nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso*. Fractal: Revista de Psicologia. [Em linha]. vol. 20, n.º 2 (2008), p. 377-386. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v20n2/05.pdf>> [Consultado em 22/04/2016].

Cordás, Táki; Claudino, Angélica. *Transtornos alimentares: fundamentos históricos*. Revista Brasileira Psiquiatria [Em linha] 24 (Supl. III), 2002, p. 3-6. [Consult. 15 Maio. 2016]. Disponível em WWW: ISSN 1516-4446

Correia, A.L.V.;Gonzagak, R.V. (2009). *Comportamento adolescente: rebeldia ou doença?*. Rio de Janeiro: Ciência moderna.

Crepaldi, M. A. (1999). *Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização*. [Em linha]. Disponível em < <http://labsfac.ufsc.br/documentos/bioetica.pdf>> [Consultado em 10/06/2016]

Delaroche, P. [2006] . *A adolescência: desafios clínicos e terapêuticos*. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-200-9.

Fairburn, C.; Harrison, P. [2003]. *Eating Disorders. The Lancet*. [Em linha]. vol. 361, n.º 9355, p. 407-416. Disponível em < [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)12378-](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)12378-)> . [Consultado em 05/04/2016].

Espinosa,X.P.(2007).*Evolución de las Teorías Cognoscitivas y del Tratamiento Cognoscitivo Conductual de la Anorexia Nerviosa*.Terapia Psicológica, 25 (1), 73-85

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

Fernandes, I. M. R. (2011). *Os medos dos enfermeiros em situação de doença própria*. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(3), 57-65. Em linha. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087402832011000100006&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000100006&lng=es&tlng=pt)>. [Consultado em 05/05/2016]

Firmino, C. F., Lucas, J. T, Serra, S. (2007). *Vivências do Enfermeiro que cuida com ferida cutânea de carácter crónico*. *Revista Nursing* nº 2118, p.26-27.

FISBERG, M. (2005). *Primeiras palavras: uma introdução ao problema do peso excessivo. Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu. cap.1.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

FLEMING, M. (2005) . *Entre o Medo e o Desejo de Crescer: Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento,. ISBN 972-36-0769-7.

FLEITLICH, B. [2000] . *Anorexia nervosa na adolescência*. *Jornal de Pediatria*. [Em linha]. n.º 76 (sup. 3), p. s323-s329. Disponível em <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S323/port.pdf>> . [Consultado em 06/04/2016].

FREUD, Sigmund. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lisboa: Livros do Brasil, [s.d.].

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

GENTILE, M. (2010). *Anorexia nervosa: identification, main characteristics and treatment*. *Nutritional Therapy & Metabolism* vol. 28, n.º, p. 185- 192. [Em linha]. Disponível em<  
[http://nutritional.wichtig.it/subs%202010/vol.%2028%20no.%204%202010/185-192\\_NT&M\\_09\\_18\\_Gentile.pdf](http://nutritional.wichtig.it/subs%202010/vol.%2028%20no.%204%202010/185-192_NT&M_09_18_Gentile.pdf)>. [Consultado em 10/05/2016].

Gil, A. C. (2006). *Funções psíquicas, suas alterações e a dinâmica do sujeito em processo de hospitalização*. [Em linha]. Disponível em <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/AlineCostaGil.pdf>.

[Consultado em 05/06/2016].

Gorgati, S.; Holcberg, A.; Oliveira, M. (2002). *Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares*. Revista Brasileira Psiquiátrica [Em linha]. supl. III, p. 44-48. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13971.pdf>

Goffman, E. (1961). *Asylums, essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York: Doubleday and Co.

Halvorsen, I.; Andersen, A.; Heyerdahl, S. [2004]. *Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment: intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [Em linha]. vol. 13, n.º 5, p. 295-306. Disponível em <<http://www.ingentaconnect.com/content/klu/787/2004/00000013/00000005/art00003>>.

[Consultado em 06/04/2016].

Kitayama, M. M. G; Bruscatto, W. L. (2008). *Abordagem psicológica da dor no paciente grave*. Knobel, E. *Psicologia e humanização- assistência aos pacientes graves*. 1 edição Rio de Janeiro: Atheneu

Lenoir, M ; Silber, T. J. (2006). *Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte I)*. Archivos Argentinos de Pediatría, v. 104, nº3, p.253-260.

Machado, P.; Machado, B. *O tratamento cognitivo comportamental das perturbações do comportamento alimentar*. Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento. [Em linha] vol. 1, n.º 1 [s.d.], p. 121-133. Disponível em <<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rlmente/article/view/966/795>>. [Consultado em 12/04/2016]

Manual de Psiquiatria Clínica (pp.379-392). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Mehler, P.; Birmingham, L.; Crow, S.; Jahraus, J. [2010]. *Medical Complications of Eating Disorders*. In Grilo, C.; Mitchell, J. – *The Treatment of Eating Disorders: a clinical handbook*. New York: The Guilford Press, . cap. 4. ISBN 978-1-60023-44-4. p. 66-80.

Mora. (1977). Dicionário de Filosofia, p.421-422. Lisboa: Dom Quixote

Nascimento, S.(2010). *Anorexia Nervosa: Percepções familiares*. [Em linha]. Disponível em < <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/55415?mode=full>>. [Consultado em 20/05/2016].

Nakamura, E. (2004). *Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares*. in Anorexia, Bulimia e Obesidade. Busse, Salvador de Rosis. São Paulo: Editora Manole, , ISBN 85-204-1672-1

Nilsson, K., & Hagglof, B. (2006). *Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa*. *Eating Disorders*, 14, 305-311. doi: 10.1080/10640260600796234

Netto, Carlos A. (2002). *Psicobiologia do comportamento alimentar*. In: Nunes, M. A., Appolinário, J. C. et. al. *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp.47-53), Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, L. (2004) . *Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13412>>. [Consultado em 18/05/2016].

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Em linha. Disponível em < <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>>. [Consultado em 23/05/2016]

Ordem dos Enfermeiros (2011).*Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Em linha. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGin>> [Consultado em 24/05/2016].

Pereira, A.C.R. (2005). *O adolescente em desenvolvimento*. ed. Harbra. São Paulo. cap.1-6

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. (1ª Edição). Loures: Lusociência.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team For Anorexia Nervosa [2004]. *Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Anorexia Nervosa*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. [Em linha]. vol. 38, n.º 9/11/12, p. 659-670. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324328>>. [Consultado em 06/04/2016].

Salbach-Andrae, H. [et al.] [2008]. *Psychiatric Comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa*. *Child Psychiatric Hum Dev*. [Em linha]. vol. 39, n.º 3, p. 261-272. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17987378>>. [Consultado em 06/04/2016].

Sampaio, J.C. (2002). *Doenças do Comportamento Alimentar*. In J.C. Cordeiro (Org.).

Santos, Andreia.E. (2014). *Transição do internamento para o ambulatório de adolescentes com anorexia nervosa*. Em linha. Disponível em < <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6600/1/Andreia%20Espirito%20santo.pdf>> [Consultado em 17/05/2016]

Santos, Manoel, et al (2004). *Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa*. Vínculo. Em linha. Disponível em [URL:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180624902004000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902004000100008)»ISSN 1806-2490 [Consultado em 12/06/2016]

Spada, P. V. (2007). *Aspectos psicológicos da alimentação/nutrição*. In: NOBREGA, F. J. *Distúrbios da nutrição na infância e na adolescência*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter. cap.6.

Tucci, S. & Peters, J. (2008). *Media influences on body satisfaction in female students*. *Psicothema*, 20(4), 521-524.

Vandereycken, W. (2006). *Media Influences and Body Dissatisfaction in Young Women*. *Eating Disorders Review*, 17(2), 5-6.

World Health Organization - Europe 2011. [Em linha]. Disponível em<  
<http://www.euro.who.int/en/home>> [Consultado em 29/04/2016].

## **Anexos**

(Anexo I)

Guião para a entrevista

**Tema:** Cuidar do adolescente com anorexia nervosa

**Entrevista:**

Idade:

Quantos anos de serviço;

Quantos anos no serviço de psiquiatria;

Possui especialidade? Se sim qual?

Questionar se trabalham no serviço de psiquiatria por opção deles.

Qual o tipo de patologia mais frequente?

Têm alguma formação específica na área da anorexia?

Quando realizaram a especialidade foi abordada essa patologia (anorexia).

Quando entra no serviço uma criança com anorexia quais as estratégias que utilizam para que a sua integração seja mais fácil.

Na opinião do enfermeiro acha que tem havido um aumento do nr de casos desta patologia? Se sim porque?

Que estratégias a sociedade pode adoptar para contrariar este aumento?

Como vivenciam enquanto enfermeiros e pessoas com família estas situações?

Como é estabelecida a comunicação com a família destes jovens?

