



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Efeitos do isolamento na hospitalização de adolescentes com Anorexia Nervosa: Scoping Review

Carolina Fonseca de Sousa

julho de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com Anorexia Nervosa: Scoping Review

Carolina Fonseca de Sousa 29212

Estágio com Relatório Final em Cuidados Diferenciados

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professor Manuel Cordeiro

julho de 2025

Pensamento

“Um dos maiores danos que se pode causar a uma criança é levá-la a perder a confiança na sua própria capacidade de pensar”

Emilia Ferreiro

Agradecimento

Mais uma etapa da minha vida chega ao fim, marcada por dedicação, empenho e esforço. Para alcançar este resultado positivo, contei com a colaboração e apoio de muitas pessoas, pois ninguém se constrói sozinho. Assim, expresso a minha sincera gratidão a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desta conquista.

À minha amiga Carolina por ter alinhado nesta nova vida académica, por todos os momentos e toda a ajuda.

Às minhas amigas de Lisboa que sempre me deram a coragem para continuar.

Ao Professor Manuel Cordeiro, pela orientação ao longo deste caminho, pela partilha de saberes.

À Dr.^a Fátima Jorge do Centro de Documentação e Informação da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, que revisou a estratégia de pesquisa de estudos para a realização da presente scoping review.

Aos Enfermeiros Especialistas que me supervisionaram durante o estágio, pela generosidade na transmissão de saberes e experiências.

Às crianças e famílias com quem tive o privilégio de interagir e cuidar.

A todos, o meu sincero obrigada!

Resumo

Enquadramento: O presente relatório reflete o caminho percorrido na procura de mais conhecimentos e aquisição de competências. Neste âmbito, os enfermeiros devem priorizar a compreensão das experiências únicas de cada adolescente e as suas necessidades emocionais, promovendo um ambiente de apoio.

Objetivos: Relatar a trajetória formativa ao longo dos diversos estágios clínicos, refletindo de maneira crítica sobre as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Mapear a evidência científica disponível sobre os efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa; Analisar o trajeto de aprendizagem com base nos referenciais teóricos que sustentam a prática da enfermagem; Expor as atividades efetuadas e as competências adquiridas ao longo do processo; Fazer uma reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem, tendo como referência as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Metodologia: Foi desenvolvida uma Scoping Review, seguindo as diretrizes do Joanna Briggs Institute, cuja seleção de artigos seguiu o modelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews, envolvendo uma pesquisa exaustiva e sistemática da literatura relacionada com os efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa. Obteve-se um total de 60 artigos que foram exportados para o software de gestão de seleção Rayyan.

Resultados: Dos 6 estudos que cumpriram os critérios de elegibilidade, todos são unânimes que o internamento de adolescentes com anorexia nervosa deve contemplar um trabalho em parceria com a família e não fazer isolamento exclusivo do adolescente

Conclusão: O estudo revela que a família raramente está envolvida no tratamento quando o adolescente com anorexia nervosa é hospitalizado, o que requer uma alteração de paradigma e o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica pode ser um elemento da equipa multiprofissional de destaque de forma a alterar esta realidade, promovendo o envolvimento da família no percurso terapêutico, através de abordagens centradas na família, estratégias de capacitação parental e acompanhamento contínuo, contribuindo para uma intervenção mais integrada e eficaz na recuperação do adolescente

Palavras-chave: Cuidados de saúde; Adolescente; Anorexia; Hospitalização, Enfermagem pediátrica.

Abstract

Background: This report reflects the path taken in the search for more knowledge and the acquisition of skills. In this context, nurses should prioritize understanding the unique experiences of each adolescent and their emotional needs, promoting a supportive environment.

Objectives: To report on the training process during the various clinical internships, reflecting critically on the activities carried out to develop the general and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health. To map the available scientific evidence on the effects of isolation on the hospitalization of adolescents with anorexia nervosa; To analyse the learning journey based on the theoretical frameworks that guide nursing practice; to outline the activities undertaken and the skills acquired during the process; To critically reflect on this journey with reference to the core and specialised competencies of the Child and Paediatric Health Specialist Nurse;

Methodology: A Scoping Review was developed, following the guidelines of the Joanna Briggs Institute, whose selection followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews model, involving an exhaustive and systematic search of the literature related to the effects of isolation during the hospitalization of adolescents with anorexia nervosa. A total of 60 articles were obtained and exported to the Rayyan selection management software.

Results: Of the 6 studies that met the eligibility criteria, all were unanimous that the hospitalization of adolescents with anorexia nervosa should include working in partnership with the family and not isolating the adolescent.

Conclusion: The study reveals that the family is rarely involved in the treatment when the adolescent with anorexia nervosa is hospitalized, which requires a paradigm shift and the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health can be a key member of the multi-professional team.

Keywords: Health care; Adolescent; Anorexia; Hospitalization; Pediatric Nursing.

Índice

Lista de Tabelas	15
Lista de Figuras.....	17
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	19
Introdução.....	21
Parte I: Percurso Formativo em Estágio	23
1.1.Estágio de Pediatria.....	25
1.2.Estágio de Urgência Pediátrica.....	28
1.3.Estágio de Neonatologia.....	31
Parte II: Investigação	35
2.Efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com Anorexia Nervosa	37
2.1.Enquadramento Teórico e Justificação.....	37
2.2.Metodologia.....	44
3.Resultados	49
4.Discussão	61
5. Conclusão	63
Considerações finais	65
Referências	67
Apêndices	71
Apêndice I- Projeto de estágio de Pediatria	73
Apêndice II- Projeto de estágio de Urgência pediátrica	78
Apêndice III- Projeto de estágio de Neonatologia.....	83
Apêndice IV- Poster sobre higiene nasal realizado no Estágio de Neonatologia	87
Apêndice V – Folheto informativo para os pais sobre higiene nasal realizado no Estágio de pediatria.....	89
Apêndice VI – Folheto informativo para pais sobre o uso do telemóvel em crianças entre os 3 e os 6 anos, realizado no Estágio de Cuidados na Comunidade na ULS Lusitana (formato A3)	91
Apêndice VII – Folheto informativo para pais sobre o uso do telemóvel em crianças entre os 3 e os 6 anos, realizado no Estágio de Cuidados na Comunidade na ULS Lusitana (formato A5)	93
Apêndice VIII "Evocando a Semana Mundial do Aleitamento Materno" no Diário de Viseu, 14/08/2024.....	95

Lista de Tabelas

Tabela 1- Matriz PCC	45
Tabela 2 - Critérios de elegibilidade	46
Tabela 3 - Estratégia de pesquisa	48
Tabela 4 - Síntese dos estudos incluído	60

Lista de Figuras

Figura 1 - Diagrama PRISMA-ScR.	49
--------------------------------------	----

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

B-On – Biblioteca do Conhecimento Online

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

JBI - Joanna Briggs Institute

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

MS – Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – Participante, Conceito e Contexto

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

RN- Recém-nascido

EC- Ensino Clínico

AN- Anorexia Nervosa

SUP- Serviço de Urgências Pediátricas

Introdução

Este documento foi elaborado no contexto do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, refletindo o percurso formativo ao longo da Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final”, que abrange os estágios em Pediatria, Urgência Pediátrica e Neonatologia. O estágio em Pediatria decorreu num internamento de pediatria. O estágio em Urgência Pediátrica foi realizado num serviço de Urgências Pediátricas e o estágio em Neonatologia teve lugar numa unidade neonatal o mesmo centro hospitalar da Região Norte. Este Relatório documenta todo o percurso formativo realizado durante os estágios e a investigação efetuada, com vista à obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e à Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O mesmo reflete o desenvolvimento, aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências especializadas para a prestação de cuidados diferenciados à criança e à família.

No presente Relatório pretende-se retratar o percurso formativo e sua relevância para a aquisição de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), bem como desenvolver, ainda, competências para a investigação com pesquisa e análise da prática baseada na evidência, através da elaboração de uma Scoping Review (SR).

Portanto, em primeira instância, realiza-se a reflexão crítica acerca das competências comuns e específicas do EEESIP, onde foi possível desenvolver e aprofundar competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, que potenciaram a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência direcionados à criança/jovem e sua família, tendo por base a evidência científica atual. Procurou-se, portanto, obter momentos de aprendizagem e interação com as Enfermeiras tutoras e Professoras orientadoras dos estágios, refletindo sobre as experiências vivenciadas e os contributos que daí advieram para um enriquecimento pessoal e profissional.

Na segunda parte deste relatório é exposto todo o processo de investigação sobre a temática “Efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa: scoping review”. O interesse por esta temática surgiu do facto de já ter exercido atividade profissional numa Unidade Pediátrica de um Centro Hospitalar da ARS Lisboa e Vale do Tejo e nunca ter tido o acompanhamento em contexto de internamento de adolescentes com anorexia nervosa.

Nesse sentido, surgiu o interesse em explorar esta temática através deste estudo cujo objetivo consiste em conhecer os efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa.

Este documento está organizado em duas partes. A primeira parte apresenta a descrição e reflexão sobre o percurso formativo nos três estágios, incluindo a aquisição de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A segunda parte é dedicada à investigação. O relatório conclui com as considerações finais, que incluem uma análise global sobre a integração dos conhecimentos adquiridos e os benefícios das experiências para a melhoria da prática de cuidados.

Parte I: Percurso Formativo em Estágio

Percurso formativo em estágio

1.1. Estágio de Pediatria

O estágio de Pediatria desenvolveu-se num serviço de internamento de Pediatria Médica de um Centro Hospitalar da Região Norte, sob orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e sob a coordenação de um Professor orientador.

Neste serviço de internamento pediátrico são acolhidas crianças e jovens dos 28 dias de vida até aos 18 anos completos, dispondo para isso de 39 camas. As crianças são internadas em função da idade, e a sua patologia. O serviço é composto por três sectores (os “Pré-Escolares”, “Escolares” e “Adolescentes”)

O sector dos “Pré-Escolares” (Crianças até aos 6 anos) tem 16 camas de grades, distribuídas por 4 enfermarias e 2 quartos. Cada cama tem ao lado um cadeirão articulado para o descanso do acompanhante. Os tratamentos são realizados preferencialmente em sala equipadas com material adequado (2 salas de tratamentos gerais e 1 sala de tratamento de queimados). Existe ainda uma sala para preparação de leite – “Copa de leites”;

O setor dos “Escolares” (dos 6 aos 10 anos) dispõe de 7 camas de grades, distribuídas por 3 enfermarias, igualmente com cadeirões articulados para os pais. Para apoio lúdico e educativo existe uma sala de brincar ampla, onde as crianças brincam acompanhadas pelos pais e apoiadas por educadores.

A Unidade de Adolescentes é unidade autónoma que dispõe de 16 camas distribuídas por 8 enfermarias. São aqui internados os adolescentes (dos 10 aos 18 anos) com qualquer patologia médica ou cirúrgica. Esta unidade é apoiada por um espaço equipado com material lúdico e educativo adequado. Clube de Jovens.

Existe ainda o Hospital de Dia que dispõe de 4 camas destinado a tratamentos/intervenções cirúrgicas que não exigem permanência da criança por tempo superior a 24 horas;

Neste serviço de Internamento de Pediatria são internadas crianças de diversas proveniências, como da Urgência Pediátrica, Bloco Operatório, Consulta Externa e Neonatologia que permanecem ao cuidado de várias subespecialidades além da Pediatria, como a Pedopsiquiatria, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Neurocirurgia entre outras subespecialidades.

Durante o estágio, observei a dinâmica do serviço e, sempre que possível, acompanhei a equipa nas atividades desenvolvidas, tendo o cuidado de as realizar com rigor. Tentei

sempre acompanhar as minhas Enfermeiras orientadoras nos seus turnos com assiduidade e pontualidade, cooperando nas suas atividades, mostrando interesse, disponibilidade e responsabilidade na prestação de cuidados. A reflexão sobre os meus cuidados foi uma constante. Durante o estágio, procurei demonstrar um sentido autocrítico, identificando as minhas dificuldades e procurando sempre esclarecer as minhas dúvidas com a minha tutora ou orientador do estágio. A partir dessas interações, pude aprimorar o meu desempenho e garantir a qualidade do cuidado prestado às crianças internadas e respetivas famílias. Criei uma boa relação com a equipa multidisciplinar e com as crianças/adolescentes e família. Os cuidados prestados à criança e sua família foram sempre exercidos de forma responsável, com identificação de necessidades, contribuindo para um ambiente seguro. Os cuidados realizados juntamente com a tutora foram registados no processo da criança, de forma clara e objetiva.

Aperfeiçoei a capacidade de comunicar com a criança/jovem/família, nunca esquecendo o seu contexto sociocultural, criando uma comunicação terapêutica, mostrando sempre disponibilidade, empatia e respeito. Ao longo das décadas de 1930 e 1950, Jean Piaget, através da sua teoria do desenvolvimento cognitivo, descreve quatro fases sequenciais que explicam como a criança adquire conhecimento e estrutura o seu pensamento ao longo do seu crescimento. Esta progressão demonstra que a capacidade da criança para compreender o mundo e comunicar varia significativamente consoante o seu nível de desenvolvimento. É fundamental adaptar a linguagem, os métodos de explicação e o grau de envolvimento da criança no plano de cuidados, tendo em conta a sua fase de desenvolvimento cognitivo. (Piaget, 1947)

No decorrer do estágio, tive sempre a preocupação de me informar sobre as normas, regulamentos, protocolos e procedimentos que já existiam implementados no serviço. Além disso, tive a oportunidade de conhecer de forma detalhada a estrutura física, funcional e organizacional do serviço de internamento de pediatria, o que me permitiu compreender o fluxo de trabalho e a dinâmica na prestação de cuidados. Esse conhecimento facilitou a minha integração na equipa e garantiu que as minhas ações estivessem sempre alinhadas com a metodologia e os protocolos de trabalho do serviço. A minha colaboração com a equipa foi constante e tentei sempre apoiar nas diversas atividades diárias. Adotei uma postura responsável e ética em todas as minhas ações, respeitando as orientações dos tutores e as normas institucionais. Com isso, consegui não só realizar as tarefas propostas, mas também aprender com os profissionais experientes, aumentando a minha autonomia e confiança na execução dos cuidados especializados.

Foi, justamente, a vasta abrangência de especialidades da Pediatria que se tornou desafiante no plano de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas. Tive

a oportunidade de ver situações de doença bastante complexas, em crianças de variadas idades, o que permitiu adquirir novos conhecimentos sobre essas patologias e os respetivos tratamentos e cuidados.

Penso que ajudei os pais/cuidadores no seu desempenho do papel parental, apoiando-os e estimulando-os para o exercício adequado das responsabilidades parentais. Sempre que possível incentivei e negocieei o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança/jovem, utilizando medidas promotoras da parceria de cuidados. Em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos - cuidados em parceria - que identifica o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados à criança hospitalizada. O modelo pressupõe negociação e respeito pelos desejos dos pais/família.

Um conjunto com a minha tutora, procurei estratégias para promover um ambiente hospitalar seguro e calmo, minimizando os elementos stressores para a criança/jovem e a família. A criação de um ambiente tranquilo e acolhedor foi uma das prioridades, visto que o ambiente hospitalar pode ser muito stressante, especialmente para as crianças e família. Procurei garantir que a criança e a família se sentissem o mais confortáveis possível, ajustando o ambiente sempre que necessário para reduzir fontes de ansiedade.

No decorrer deste estágio, desenvolvi competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do EEESIP através de atividades desenvolvidas para o atingir dos objetivos propostos no pré-projecto.

A confidencialidade e a segurança da informação foram constantemente asseguradas. Durante o estágio, fui muito cuidadosa no que diz respeito à proteção de dados, tanto na forma de partilha de informações de forma oral como escrita. Segui as normas de segurança, garantindo que todos os registos no processo individual dos utentes fossem tratados de acordo com as melhores práticas de segurança e confidencialidade.

A única dificuldade sentida neste campo de estágio e que vai ser transversal a todos os locais de estágio é a gestão de tempo entre a vida profissional e a pessoal, neste caso, a falta de tempo que me levou muitas vezes a não aproveitar ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem por uma exaustão e cansaço mental sentidos em alguns momentos deste ensino clínico.

Estou consciente de que o meu crescimento enquanto enfermeira em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, é um caminho e processo contínuo, onde todos os dias posso acrescentar algo na minha formação enquanto futura Enfermeira especialista.

1.2. Estágio de Urgência Pediátrica

O estágio de Urgência Pediátrica decorreu num Serviço de Urgências de um Centro Hospitalar sob orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e sob a coordenação de um Professor orientador.

Neste serviço de Urgências Pediátricas, são acolhidos bebé, crianças e adolescentes dos 0 dias até aos 18 anos. O serviço é composto por uma sala de reanimação, duas salas de triagem, diversos gabinetes médicos, duas salas de tratamentos e uma sala de observações composta por 4 quartos de duas camas, uma sala de passagem de turno e registos de enfermagem e uma sala de preparação de medicação. No momento em que decorreu o ensino clínico, o horário do SUP encontrava-se reduzido por falta de profissionais. Esta falta de pessoal, levou a que a urgência estivesse encerrada desde as 20h e as 9h do dia seguinte o que levava uma maior afluência de casos durante o período diurno. Apesar destas alterações horárias, o serviço estava sempre assegurado por uma equipa de enfermagem, pediatras e assistentes operacionais.

Ao conseguir realizar este ensino clínico nesta Urgência Pediátrica, esta deu-me a oportunidade de conseguir fazer comparações em relação a uma outra Urgência Pediátrica de outro hospital onde já trabalhei. Deparei-me muitas vezes com situações idênticas já vivenciadas enquanto Enfermeira generalista de uma outra instituição como é o caso da insatisfação de algumas condições de trabalho e a gestão de recursos na equipa. Enquanto futura especialista consegui perceber também outras vertentes que não estava tão desperta como é o caso do papel do especialista na equipa, enfermeiro esse que detém também funções de gestão e chefia. Neste serviço, os enfermeiros especialistas, para além da prestação de cuidados especializados à criança e família, detêm ainda funções de gestão, nomeadamente a gestão do serviço na ausência de chefia, gestão dos cuidados ao longo dos vários turnos, bem como a gestão de materiais e equipamentos ao fim de semana e férias da Enfermeira chefe. Consegui cumprir com as normas e protocolos do serviço, realizando todas as tarefas de forma rigorosa e com atenção aos detalhes. O conhecimento sobre a disposição, o armazenamento e o uso adequado do material e equipamentos também foi uma parte importante da minha formação, pois permitiu garantir que os recursos estivessem sempre organizados e prontos para uso.

O desenvolvimento de competências ao longo do ensino clínico é uma tarefa contínua e por isso exige uma investigação teórica/científica regular, para além da já adquirida em contexto de aulas. Com constantes avanços na investigação e nas metodologias cirúrgicas ou de tratamento usadas, a pesquisa teórica deverá ser enquadrada pelas evidências

científicas mais atuais. Tendo isto em conta, foram definidos objetivos pessoais, que foram cumpridos, para alcançar competências e capacidades próprias do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica.

Durante todo o ensino clínico, consegui integrar-me de forma eficaz na equipa multidisciplinar, promovendo um ambiente de trabalho organizado e colaborativo. Comecei por estabelecer uma relação profissional interagindo de maneira respeitosa e colaborativa com toda a equipa multidisciplinar. As minhas interações foram pautadas por uma comunicação clara e aberta, o que favoreceu um bom relacionamento e cooperação entre todos. Relativamente ao acolhimento das crianças, observei e participei na triagem, tanto na sala de Observações como nas crianças transferidas para outros serviços, sempre respeitando as especificidades e as necessidades de cada paciente. Esta experiência foi enriquecedora, pois aprendi a lidar com as particularidades de cada situação, proporcionando cuidados mais humanizados e adequados à realidade de cada criança.

O modelo teórico de Travelbee (Parola et al., 2020) destaca a importância da Relação Pessoa-a-Pessoa como o meio para cumprir o objetivo da enfermagem. Nesse contexto, os enfermeiros são desafiados a adotar uma prática reflexiva, marcada pela compaixão e simpatia. Na minha opinião, essa mesma relação de confiança e empatia estabelecida com a criança e a família é uma característica fundamental para um futuro enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. Esta relação facilita o ensino e favorece o planeamento da alta e regresso ao domicílio. Este método concede uma maior autonomia e responsabilidade ao enfermeiro, promovendo a comunicação entre todos os intervenientes.

Tentei sempre acompanhar a minha Enfermeira orientadora nos seus turnos com assiduidade e pontualidade, cooperando nas suas atividades, mostrando interesse, disponibilidade e responsabilidade na prestação de cuidados. Aperfeiçoei a capacidade de comunicar com a criança/jovem/família, nunca esquecendo o seu contexto sociocultural, criando uma comunicação terapêutica, mostrando sempre disponibilidade, empatia e respeito. Criei uma boa relação com a equipa multidisciplinar e com as crianças/adolescentes e família. Os cuidados prestados à criança e sua família foram sempre exercidos de forma responsável, com identificação de necessidades, contribuindo para um ambiente seguro. Os cuidados realizados juntamente com a minha orientadora foram registados no processo da criança, de forma clara e objetiva.

A comunicação foi uma das áreas em que demonstrei agilidade e criatividade. Procurei promover uma comunicação clara, eficaz e adaptada a cada situação, o que facilitou a participação ativa e esclarecida da criança/jovem e da sua família nos cuidados prestados. Acredito que uma comunicação eficiente ajuda a reduzir a ansiedade e promove uma relação

de confiança, permitindo que as famílias se sintam mais seguras durante todo o processo. Segundo a teoria da Relação Humano-a-Humano, de Joyce Travelbee, o enfermeiro deverá estabelecer uma relação de confiança com a pessoa cuidada, promovendo a esperança, o alívio do sofrimento e a construção de significado na experiência da doença. Esta teoria é particularmente relevante em contextos como enfermagem de saúde infantil, onde o vínculo com a criança e a família é essencial para uma prática humanizada e centrada na pessoa. (Travelbee, 1966)

Foi, justamente, a vasta abrangência de motivos/sintomas que levam os pais a recorrerem à Urgência Pediátrica que se tornou desafiante no plano de aprendizagem e desenvolvimento de competências específicas. Tive a oportunidade de ver situações de doença bastante complexas, em crianças de variadas idades, o que permitiu adquirir novos conhecimentos sobre essas patologias e os respectivos tratamentos e cuidados.

E porque quando falamos em cuidados de saúde pediátricos, é obrigatório falarmos em brincadeira e “palhaçada”. Devia ser considerado um instrumento terapêutico, requerendo uma intencionalidade terapêutica, de forma a alcançar uma finalidade terapêutica. Isto é, brincar deve permitir obter benefícios para a criança, norteando as intervenções de enfermagem com a intenção de garantir o bem-estar da criança para além da sua recuperação. Saber adequar o nosso discurso à faixa etária da criança/jovem é também um pilar fundamental enquanto futura Enfermeira especialista.

Ao longo do EC, fui questionando a enfermeira gestora sobre a realização de algum projeto ou trabalho que pudesse realizar para colmatar alguma necessidade do serviço, mas pelas diversas tentativas, foi-me recusado.

1.3. Estágio de Neonatologia

O estágio de Neonatologia, decorreu num Serviço de Neonatologia de um Centro Hospitalar pertencente à zona centro, sob orientação e supervisão de duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e sob a coordenação de um Professor orientador.

Este serviço, estruturalmente conta com vagas para Recém-Nascidos (RN), em “open space”, dotado de incubadoras e outra sala também em “open space” com berços. A unidade dispõe de cadeirões para conforto dos pais e estão equipados com rampa de gases medicinais, monitores, bombas/seringas perfusoras, ventiladores, CPAP, zona para higienização das mãos, contentores para resíduos, zona de trabalho central para enfermagem e equipa médica. Além disso, conta com uma sala de trabalho para a equipa médica, uma sala de apoio com material de consumo clínico e uma sala para armazenamento e preparação de leites. São também disponibilizadas extratoras mecânicas de leite materno, para uso das mães, sempre que necessário.

Em enfermagem, conseguirmos ter a uma atitude reflexiva nos nossos cuidados é de extrema importância, pois possibilita a melhoria contínua da prática de cuidados, permitindo-nos ajustar ou modificar comportamentos conforme as situações que surgem, sempre com o objetivo de promover, neste caso, o bem-estar dos recém-nascidos e suas famílias. No entanto, nem sempre é simples realizar essa reflexão no cotidiano de trabalho, uma vez que os cuidados podem se tornar rotineiros, e a sua execução pode não ser questionada ou analisada em profundidade.

Na Unidade de Neonatologia, os cuidados em colaboração com os pais são considerados de grande importância. O modelo teórico de Anne Casey (1998), considera que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os Enfermeiros desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado dos pais no processo de cuidar (respeitando a fase de impacto do processo saúde/doença em que os pais se encontram) otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental. Constatei neste EC que após o impacto inicial do internamento, os pais, à medida que vão ganhando mais confiança, começam a ser progressivamente envolvidos na prestação de cuidados. Estes são vistos como parceiros e membros ativos da equipa, participando diretamente nos cuidados prestados ao recém-nascido. Reconheci a importância do envolvimento dos pais na prestação de cuidados essenciais, como a avaliação dos sinais vitais (só temperatura axilar), a alimentação e amamentação, o contato pele a pele através do método canguru, o toque e outras práticas que promovem o vínculo afetivo. Incentivei os pais a realizarem estas atividades, sempre com

o objetivo de fortalecer o vínculo entre eles e os seus filhos, e também para promover o desenvolvimento saudável do bebê. Ao longo do internamento, a prestação de cuidados ao bebê é sempre discutida e negociada entre a equipa de enfermagem e os pais. O envolvimento da família nos cuidados só acarreta benefícios, além de favorecer o fortalecimento do vínculo, prepara os pais de forma gradual para a alta do bebê, permitindo-lhes adquirir novas competências e habilidades promovendo a sua autonomia quando tiverem alta hospitalar.

Neste ensino clínico, tive a oportunidade de cuidar de muitos recém-nascidos que posteriormente passaram a ser casos sociais. E por este motivo, estive atenta e mais desperta para os comportamentos da família, identificando possíveis situações de risco, como um vínculo comprometido, comportamentos abusivos, negligência parental ou mesmo níveis elevados de ansiedade parental. Sempre que era necessário, consegui intervir para promover a capacitação parental, reforçando a importância do vínculo entre mãe/pai/filho, e fornecendo o apoio necessário para resolver eventuais dificuldades.

O conforto do recém-nascido é uma prioridade em todos os momentos, seja no posicionamento cuidadoso e com contenção, na alimentação, respeitando os períodos de sono, ou na promoção do método canguru, entre outras práticas. Os pais receberam orientações sobre a importância do sono e seus ciclos, sendo sempre incentivados a adotarem certos cuidados, como, por exemplo, após as mamadas ou ao mamar, manter o ambiente ao redor do recém-nascido livre de ruídos e luzes excessivas. Essas orientações foram promovidas ao longo de todo o internamento, com o objetivo de facilitar o processo de adaptação para a alta. A prática neste serviço, explica que é essencial avaliar se o recém-nascido está fisiologicamente estável para suportar as manipulações necessárias, aproveitando esses momentos para agrupar o máximo possível de cuidados de enfermagem. Penso que esta prática deverá ser transversal a todas as unidades neonatais. O mesmo se aplica a médicos ou outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Outro cuidado que era incentivado era a promoção da alimentação oral. Esta prática possibilita que o recém-nascido, especialmente o prematuro, crie desde o início, um vínculo com os pais, trazendo como benefícios a prevenção de infeções e a oportunidade de sentir o sabor do leite materno, sempre respeitando as patologias e o estado geral do RN.

O facto de este estágio ter decorrido num serviço semelhante ao qual já desempenhei funções, mas com características distintas (o facto de ter incubadoras) revelou-se extremamente proveitoso, proporcionando a oportunidade de aprendizagem e permitiu-me ter uma nova perspetiva principalmente sobre respeitar o descanso e minimizar todos os fatores externos que possam colocar em risco o crescimento neurológico do RN.

Tive também a oportunidade de prestar cuidados ao RN sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) em decorrência da sua imaturidade pulmonar ou por outras razões como, ter apresentado um trabalho de parto prolongado. Apareceram também casos de hiperbilirrubinemia, patologias do foro respiratório, atraso de crescimento intrauterino, sépsis, doenças infecciosas, casos sociais, entre outras contribuindo positivamente para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESIP.

A preparação para a alta foi sempre realizada em parceria com a família, de modo a antecipar potenciais situações que poderiam criar ansiedade em casa. Durante este processo, procurei identificar e responder às angústias e necessidades dos pais, esclarecendo todas as suas dúvidas e proporcionando-lhes as informações necessárias para garantir que se sentissem confiantes e preparados para os cuidados a prestar ao seu recém-nascido. Tal como é mencionado na teoria de Anne Casey, em neonatologia, esta abordagem é essencial para promover o envolvimento dos pais no cuidado ao recém-nascido, reforçando o vínculo afetivo e a parentalidade positiva. A presença ativa da família, associada à capacitação e ao suporte emocional, contribui para um cuidado mais humanizado, eficaz e centrado na criança após a alta hospitalar. (Anne Casey, 1998)

Durante o estágio, fui realizando pequenas reflexões sobre os cuidados prestados, logo após a sua execução, com a orientação da tutora, o que facilitou muito a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências.

Ao longo do EC, fui averiguando junto da enfermeira gestora sobre a realização de algum projeto ou trabalho que pudesse realizar para colmatar alguma necessidade do serviço e por este ensino clínico, se estar a realizar na época do inverno, surgiu a ideia de se produzir um folheto informático em forma de poster sobre a higiene nasal para ser afixado num quarto de isolamento, onde são internados recém-nascidos/prematuros com algum tipo de doença/infeção respiratória. O Poster foi aprovado pela enfermeira tutora e posteriormente será afixado no serviço de neonatologia (anexo IV).

Parte II: Investigação

2. Efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com Anorexia Nervosa

2.1. Enquadramento Teórico e Justificação

Os transtornos alimentares são condições potencialmente fatais que afetam a qualidade de vida de crianças e adolescentes, bem como das suas famílias. Estes distúrbios podem ser complexos e frequentemente graves, estando relacionados com comportamentos alimentares atípicos que têm o potencial de prejudicar o bem-estar e o funcionamento geral das pessoas afetadas (Mendez-Torrijos et al., 2024). A maioria dos transtornos alimentares envolve uma insatisfação extrema com o corpo e um foco obsessivo no peso corporal e na alimentação, resultando em rotinas alimentares perigosas que afetam negativamente a ingestão nutricional, causando efeitos adversos no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes. Formas alternativas de transtornos alimentares podem não estar exclusivamente focadas na preocupação com a imagem corporal, podem também incluir comportamentos que dificultam o ganho de peso ou envolver uma procura incontrolada por saúde e fitness (Bozzola et al., 2024). Dados alarmantes recentes de vários países europeus mostram um aumento notável dos transtornos alimentares de até 40% na população de 6 a 18 anos desde o início da pandemia de coronavírus de 2019 (COVID-19). Essas informações têm gerado maior foco nessas perturbações e seus impactos em crianças e adolescentes (Riva et al., 2024).

Os transtornos alimentares estão a aumentar em todo o mundo. Entre 2000 e 2018, a sua prevalência na população geral mais do que duplicou a nível global (de 3,4% para 7,8%) e uma revisão sistemática recente relata que, durante o período de 1999 a 2022, a proporção global de crianças e adolescentes com perturbações alimentares foi de 22,36%, tendo as consultas de saúde relacionadas com transtornos alimentares mais do que duplicado entre a população pediátrica com menos de 17 anos, e as consultas para todos os transtornos alimentares deste grupo etário aumentaram 107,4%, passando de cerca de 50 000 consultas no início de 2018 para mais de 100 000 em 2022 (Pastore et al., 2023).

Atualmente existe uma ideia erradamente generalizada de que os transtornos alimentares são uma escolha de estilo de vida. De acordo com a Pastore et al. (2023), os transtornos alimentares são doenças graves e frequentemente fatais. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), American Psychiatric Association (APA, 2013), reporta uma prevalência de 0,4% para a anorexia nervosa e de 1-1,5% para a bulimia nervosa em mulheres jovens, representando um problema crescente de saúde pública. Além disso, as últimas décadas viram uma diminuição progressiva da idade de início dos transtornos alimentares e, sem pausas durante a pandemia de COVID-19, um aumento de aproximadamente 30% nos diagnósticos (Savarese et al., 2023).

A anorexia nervosa é uma perturbação mental grave com uma etiopatogénese multifatorial, causada por uma combinação de fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Em particular, apresenta um risco especial para as adolescentes e mulheres jovens, com uma relação aproximada de 10:1 entre o sexo feminino e o masculino. Em geral, jovens não binários e trans* parecem estar em maior risco de desenvolver sintomas de transtornos alimentares do que seus pares cisgéneros, mas são necessárias mais pesquisas nesta área (Paolacci et al., 2020; Gordon et al., 2021; Savarese et al., 2023).

Além do género, o estilo de apego é outro fator de risco. O apego representa a maneira como uma pessoa se relaciona e se vincula a outros, ajustando comportamentos, pensamentos e emoções em concordância. Os estilos de apego seguro e inseguro são os dois mais frequentemente diferenciados (Bédard et al., 2024). O apego seguro é considerado o mais adaptativo, apresentando um bom equilíbrio de confiança, compromisso e exploração, de modo que as relações possam ser moldadas de acordo com as necessidades mútuas. Os estilos de apego inseguro, por outro lado, são diversos, mas todos são caracterizados pela má adaptação e podem ser encontrados frequentemente entre os adolescentes com anorexia nervosa (Bédard et al., 2024). A influência mais importante sobre o estilo de apego é a interação com os pais. Aproximadamente 70% dos adolescentes com anorexia nervosa também apresentam um estilo de apego inseguro, que pode ser de evitação ou preocupação (Bédard et al., 2024). Em adultos, o estilo de apego evitativo-inseguro é caracterizado por um medo ou ansiedade de se envolver emocionalmente em relações interpessoais e pela adoção de uma posição defensiva contra os outros para evitar decepções ou rejeições. Por outro lado, o apego preocupado-inseguro é caracterizado por preocupações contínuas e um aumento do perfeccionismo nas relações, o que influencia as estratégias de comportamento e adaptação (Bédard et al., 2024).

A anorexia nervosa é uma perturbação alimentar com início na adolescência, e que tem a taxa de mortalidade mais elevada de todas as doenças psiquiátricas. É frequente a comorbilidade com outros problemas de saúde física e mental (Neale & Hudson, 2020). É uma perturbação alimentar caracterizada pela recusa em ingerir alimentos, motivada por uma obsessão com a magreza e um intenso medo de ganhar peso. Não está relacionada com a perda do apetite, mas sim com a recusa em engordar e com uma alimentação insuficiente. Na realidade, quanto mais a pessoa perde peso, maior se torna a gravidade do problema (Carpinelli & Watzlawik, 2023).

Considerada uma doença multifatorial, a anorexia nervosa tem diversos fatores de risco, como fatores de risco a história familiar (com transtornos alimentares, obesidade nos pais, dietas restritivas e um interesse exagerado por comida, aparência ou peso); a história

peçoal (insatisfação com o corpo, dietas restritivas, obesidade infantil, menarca precoce ≤ 12 anos, depressão, abuso ou dependência de substâncias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade, e experiências de vida adversas); características pessoais (perfeccionismo, traços obsessivos, alexitimia e baixa autoestima); além de outros fatores como o gênero feminino e a pressão social em relação à aparência (Carpinelli & Watzlawik, 2023).

Classificada como um transtorno alimentar no DSM-5 (2013, p. 339), é caracterizada pela restrição da ingestão de calorias, resultando em um peso corporal significativamente baixo para a idade, sexo, desenvolvimento e saúde física da pessoa. O peso corporal é considerado muito baixo quando está abaixo do mínimo esperado ou, no caso de crianças e adolescentes, abaixo do esperado para o seu desenvolvimento (Critério A). A pessoa com anorexia apresenta também um medo intenso de ganhar peso ou um comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo quando já tem um peso abaixo do normal (Critério B). Além disso, há uma distorção na percepção do peso, tamanho ou forma do corpo, com grande influência do peso ou forma corporal na autoavaliação ou uma persistente falta de reconhecimento da seriedade do baixo peso corporal (Critério C).

Segundo o DSM-5 (2013, p. 339), a anorexia nervosa pode ser dividida em dois subtipos:

- Restritivo: a perda de peso ocorre por meio de dietas, jejuns e/ou atividades físicas, sem episódios de comportamentos purgativos ou compulsivos durante os últimos 3 meses;
- Compulsivo-Purgativo: caracteriza-se pela presença de comportamentos compulsivos ou purgativos (vômitos, uso excessivo de laxantes ou diuréticos, ou enemas) durante os últimos 3 meses”.

Além disso, a anorexia nervosa pode ser especificada como:

- Remissão parcial: quando, embora o Critério A (baixo peso corporal) não seja mais atendido, o Critério B ou o Critério C ainda estão presentes.
- Remissão completa: quando todos os critérios foram atendidos anteriormente, mas nenhum deles se mantém após um período sustentado”.

A gravidade da anorexia nervosa, conforme o DSM-5 (2013), é classificada de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC):

- Leve: $IMC \geq 17$;
- Moderada: IMC entre 16 e 16,99;
- Grave: IMC entre 15 e 15,99;

- Extrema: IMC < 15.

A maioria dos adolescentes com anorexia nervosa do subtipo compulsivo-purgativo apresenta comportamentos periódicos de hiperfagia, seguidos de purgação, como vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns adolescentes com esse subtipo podem não ter episódios de hiperfagia, mas purgam regularmente após consumir pequenas quantidades de alimentos. É comum haver alternância entre os subtipos ao longo do desenvolvimento do transtorno. Por isso, a descrição do subtipo deve refletir os sintomas atuais e não o desenvolvimento ao longo do tempo (DSM-5, 2013).

De acordo com o DSM-5 (2013), a AN apresenta três características diagnósticas principais: a restrição persistente da ingestão de alimentos, o medo intenso de ganhar peso ou o comportamento persistente que interfere no ganho de peso, e a distorção na percepção do próprio peso ou forma corporal. Pessoas com anorexia nervosa mantêm um peso corporal significativamente abaixo do esperado para a sua idade, sexo e desenvolvimento (Critério A). Frequentemente, este critério é cumprido após uma perda de peso significativa, mas em crianças e adolescentes pode ocorrer a falha no ganho de peso esperado ou na manutenção de uma trajetória de desenvolvimento saudável.

Finalmente, Van Eeden et al. (2021) referem que a AN está fortemente influenciada por fatores socioculturais, como a pressão social em relação ao peso corporal, a influência dos meios de comunicação e das relações interpessoais, bem como a aspectos transculturais.

A semi-inanição causada pela AN e os comportamentos purgativos frequentemente associados a este transtorno podem levar a condições médicas graves e até fatais. O comprometimento nutricional relacionado com essa perturbação afeta diversos sistemas do corpo e pode gerar uma série de distúrbios fisiológicos, como a amenorreia e anomalias nos sinais vitais, que são muito comuns (Riva et al., 2024). Embora a maioria das alterações fisiológicas causadas pela desnutrição seja reversível com a reabilitação nutricional, algumas, como a perda de densidade óssea mineral, frequentemente não se recuperam completamente. Comportamentos como os vômitos autoinduzidos e o uso inadequado de laxantes, diuréticos e enemas podem resultar em uma série de distúrbios que provocam achados laboratoriais anormais. (DSM-5, 2013).

Quando as pessoas com esta perturbação alimentar apresentam um quadro de baixo peso grave, é comum manifestarem sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido (DSM-5, 2013). A anorexia nervosa é caracterizada por várias alterações físicas, muitas das quais são consideradas secundárias aos padrões alimentares inadequados e ao baixo peso corporal (Riva et al., 2024). Os mesmos autores afirmam que é comum os adolescentes com anorexia não se

queixarem de sintomas físicos, apesar da situação de saúde ser crítica. Entre os sinais visíveis, destacam-se a extrema sensibilidade ao frio, o aparecimento de lanugem (pelos finos e macios) nas costas, nos membros superiores e nas laterais do rosto, e a queda de cabelo. A pele pode apresentar-se seca e, por vezes, amarelada (Mendez-Torrijos et al. 2024). No caso da anorexia nervosa do tipo purgativo, podem surgir lesões nos dedos, especialmente no indicador e médio, e nos cantos dos lábios, e o esmalte dos dentes incisivos pode estar desgastado, apresentando um aspeto côncavo e amarelado, podendo levar ao aparecimento de cáries. Os adolescentes frequentemente apresentam astenia, agitação, diminuição da libido, despertar precoce pela manhã e tonturas ao levantar-se (Mendez-Torrijos et al., 2024).

Muitas das alterações vitais observadas nesta perturbação alimentar estão relacionadas com o estado hipometabólico da pessoa em causa, resultando na diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca (Alharbi et al., 2024). Segundo os mesmos autores, esta patologia está frequentemente associada a complicações cardiovasculares, com risco de paragem cardiorrespiratória súbita. Riva et al. (2024) mencionam que o prolapso da válvula mitral é comum em pessoas com anorexia, devido à perda de peso, que resulta numa desproporção entre o ventrículo esquerdo e a válvula mitral.

A anorexia nervosa está fortemente associada à leucopenia e, por vezes, à anemia ou pancitopenia, além de uma baixa velocidade de hemossedimentação (Bozzola et al., 2024). Devido à malnutrição, os adolescentes com anorexia apresentam um sistema imunológico enfraquecido, podendo ocorrer desequilíbrios eletrolíticos, como hipocalcemia em pessoas que vomitam frequentemente e hiponatremia em pessoas que consomem grandes quantidades de água ou outras bebidas não nutritivas (Mendez-Torrijos et al., 2024; Skibicka et al., 2025).

Recentemente, alguns estudos têm-se centrado nas trajetórias de recuperação durante o tratamento da anorexia nervosa (Espel-Huynh et al., 2020; Wade et al., 2021; Di Lodovico et al., 2021). Caracterizar as trajetórias de recuperação dos adolescentes com anorexia nervosa pode permitir uma melhor compreensão da resposta ao tratamento. Além disso, identificar preditores dessas trajetórias contribui para uma prestação de cuidados mais personalizada e para a melhoria dos resultados para os adolescentes. Entre os estudos que avaliam as trajetórias de recuperação, apenas dois consideraram adolescentes e esses estudos focaram-se exclusivamente no peso corporal como único marcador de remissão (Berona et al., 2018; Lebow, et al., 2019). Estes dois estudos ilustraram claramente a significativa heterogeneidade nas trajetórias de ganho de peso observadas em resposta ao tratamento. Primeiro, Berona et al. (2018) identificaram três trajetórias distintas de ganho de peso entre adolescentes e jovens adultos com anorexia nervosa ou anorexia nervosa atípica durante as primeiras cinco semanas após o início do tratamento: uma trajetória de ganho de

peso lento, uma trajetória de ganho de peso moderado e uma trajetória de ganho de peso rápido. Lebow et al. (2019) também traçaram trajetórias com base no ganho de peso entre adolescentes dos grupos supracitados. Seis meses após o início do tratamento, foram encontradas cinco trajetórias distintas de ganho de peso: 1) ganho de peso lento e contínuo ao longo da intervenção; 2) ganho de peso inicial moderado seguido de estabilização; 3) ganho de peso rápido com estabilização precoce; 4) ganho de peso inicial rápido, seguido por uma pequena perda de peso e depois estabilização do peso; e 5) percentil inicial mais elevado de IMC para a idade, sem ganho significativo de peso ao longo da intervenção. Apesar do número limitado de estudos que visam documentar os preditores das trajetórias de ganho de peso entre adolescentes com anorexia nervosa, os resultados destes dois estudos anteriores sugerem que a idade mais jovem, maior supressão do peso corporal (Lebow et al., 2019) e a ausência de diagnóstico de transtorno do humor (Berona et al., 2018) podem ser preditores de trajetórias de ganho de peso rápido.

Em resumo, os estudos que documentam as trajetórias de recuperação em adolescentes, embora altamente informativos, avaliaram apenas um curto período de remissão (≤ 6 meses). Considerando que o tempo médio de remissão para recuperar um peso corporal saudável na anorexia nervosa é de aproximadamente 9 a 12 meses, documentar um período de estudo mais longo de remissão poderia fornecer mais informações para identificar melhor aqueles que ainda necessitam de cuidados ou estão em risco de recaída (Bozzola et al., 2024). Além disso, esses estudos foram limitados ao peso corporal como único marcador de remissão. No entanto, o peso corporal é um resultado de diversos sintomas presentes na anorexia nervosa, como a restrição alimentar e o exercício excessivo, ambos alvos importantes do tratamento (Bozzola et al., 2024). Estes comportamentos representam estratégias para controlar o peso corporal e lidar com emoções negativas, podendo contribuir para a manutenção do transtorno ou para uma possível recaída se não forem adequadamente abordados no tratamento (Skibicka et al., 2025). Conseqüentemente incorporar a restrição alimentar e o exercício excessivo, além do peso corporal, nas análises das trajetórias poderia oferecer uma compreensão mais abrangente da progressão dos sintomas da doença ao longo do tempo, em comparação com as trajetórias anteriores de ganho de peso (Skibicka et al., 2025).

A hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa frequentemente requer uma abordagem multidisciplinar, com foco quer na recuperação física quer psicológica, sendo as intervenções eficazes de enfermagem cruciais neste contexto, pois podem influenciar significativamente os resultados do tratamento e as experiências do adolescente (Quadflieg et al., 2023). Os mesmos autores salientam que o tratamento hospitalar frequentemente inclui a CBT-E, originando melhorias significativas no IMC e reduções nos sintomas de transtornos

alimentares entre os adolescentes (Quadflieg et al., 2023). A literatura também refere a Terapia Baseado na Família, ou seja, a combinação desta terapia com tratamento domiciliário tem mostrado ser eficaz, resultando em maior ganho de peso e redução de admissões hospitalares em comparação à Terapia Baseado na Família isolada (Pauli et al., 2022).

Wallin e Holmer (2021) referem que a família raramente está envolvida no tratamento quando o adolescente com anorexia nervosa é hospitalizado. A Terapia Familiar em Internamento representa uma intervenção que inclui a família no tratamento intensivo da anorexia nervosa. Tendo por base estas evidências, os mesmos autores comparam os resultados a curto e longo prazo de adolescentes tratados com Terapia Familiar em Internamento com aqueles que receberam cuidados hospitalares em internamento. No grupo de Terapia Familiar em Internamento, os pais eram responsáveis por fornecer o apoio nas refeições, enquanto nos cuidados hospitalares, a responsabilidade era da equipa. A amostra era de 68 adolescentes, internados, sendo que 43 foram sujeitos a Terapia Familiar em Internamento, onde os pais eram internados para o tratamento, e 25 de cuidados psiquiátricos regulares em internamento. O acompanhamento consistiu numa reunião pessoal com entrevistas estruturadas, medição de altura e peso e questionários de autoavaliação. Os reinternamentos devido à perda de peso em 6 meses após a alta foram menos comuns no grupo de Terapia Familiar em Internamento. No acompanhamento, 14,2 anos após a admissão, não houve diferença na patologia do transtorno alimentar entre os grupos. Foram observados resultados significativamente mais baixos em termos de patologia psiquiátrica geral e significativamente mais altos na qualidade de vida no grupo de Terapia Familiar em Internamento (Wallin & Holmer, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período entre os 10 e os 19 anos de idade. Trata-se de uma fase marcada por intensas transformações físicas, cognitivas e psicossociais, que têm como finalidade preparar o indivíduo para a idade adulta. A OMS considera a adolescência uma etapa de transição com características únicas e divide-a em três fases: adolescência precoce, dos 10 aos 13 anos; adolescência média, dos 14 aos 16 anos; e adolescência tardia, dos 17 aos 19 anos.

Os enfermeiros devem priorizar a compreensão das experiências únicas de cada adolescente e as suas necessidades emocionais, promovendo um ambiente de apoio (Williams et al., 2020). Os mesmos autores salientam a necessidade de monitorização regular dos sinais vitais e da ingestão nutricional, juntamente com o apoio emocional para lidar com a ambivalência em relação ao tratamento (Williams et al., 2020). Evidências sugerem que o afastamento forçado de todo o núcleo familiar, durante o internamento, pode levar a resultados negativos, quer físicos quer psicológicos (Ibrahim et al., 2019). Embora o internamento seja

crítico para casos graves de adolescentes com anorexia nervosa, a integração de intervenções de enfermagem personalizadas e um foco no cuidado centrado no doente podem melhorar os resultados da recuperação e reduzir a probabilidade de reinternamentos. No entanto, os potenciais inconvenientes das práticas restritivas destacam a necessidade de uma avaliação contínua das estratégias de tratamento (Pauli et al., 2022).

2.2. Metodologia

Uma *scoping review*, de acordo com os critérios de elegibilidade do Joanna Briggs Institute (JBI), evidencia o rigor e a transparência, visando contribuir para o avanço do conhecimento nas práticas de cuidados de saúde e investigação (Peters et al., 2020). Esta abordagem caracteriza-se pela definição clara dos objetivos e questões de investigação, permitindo a síntese estruturada da evidência disponível sobre um determinado tema e a identificação/análise de lacunas no conhecimento (Peters et al., 2021).

Esta abordagem tem vindo a ser amplamente utilizada na investigação, pois possibilita um exame abrangente e sistemático da literatura, clarificando conceitos, identificando falhas de conhecimento e analisando as abordagens metodológicas adotadas em estudos anteriores (Munn et al., 2018). Além disso, esta metodologia constitui uma base fundamental para futuras revisões sistemáticas, ao fornecer um quadro estruturado para aprofundamento da evidência científica (Munn et al., 2018).

Tipo de estudo

Numa *scoping review*, é fundamental estabelecer o(s) objetivo(s) e formular a questão de investigação, que tem de ter amplitude suficiente para abranger a diversidade presente na literatura sobre o tema escolhido, ou seja, deve ser clara e precisa, em conformidade com os elementos Participantes, Conceito e Contexto (PCC), bem como deve orientar a formulação dos critérios de inclusão para a revisão (Aromataris et al., 2024).

Neste sentido, foi realizada uma *scoping review* de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo JBI e do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* para *scoping review* (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021), envolvendo uma pesquisa exaustiva e sistemática da literatura relacionada com os efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa.

Questão de revisão

Uma boa questão de investigação é fundamental para o sucesso de uma *scoping review*, pois orienta todo o processo de análise e organização da literatura relevante. Segundo Arksey e O'Malley (2005), a formulação clara e precisa da questão de pesquisa é essencial para definir os objetivos da revisão e garantir que ela forneça uma visão abrangente do campo de estudo. As questões de investigação bem elaboradas permitem identificar as lacunas na pesquisa existente, explorar novas direções e compreender de maneira mais detalhada os contextos e temas que necessitam de investigação adicional.

Numa *scoping review*, o foco não é apenas responder a uma questão de pesquisa específica, mas também mapear a extensão e os tipos de evidência existentes sobre um determinado tema (Peters et al., 2015). Nesse sentido, uma questão de investigação bem formulada proporciona um guia para a seleção e análise de estudos, garantindo que as fontes mais relevantes sejam incluídas, sem perder a abrangência necessária para expor diferentes perspectivas.

Além disso, uma questão de investigação adequada para uma *scoping review* deve ser flexível e abrangente o suficiente para permitir uma exploração ampla do tema, ao mesmo tempo que define claramente os limites da pesquisa (Munn et al., 2018). Ela deve ser suficientemente específica para evitar um foco demasiado amplo, mas ao mesmo tempo ampla o suficiente para não restringir de forma excessiva a literatura a ser considerada. A definição clara do foco da questão ajuda a identificar os critérios de inclusão e exclusão de estudos, o que é crucial para garantir que a revisão seja relevante e útil para o desenvolvimento da área em questão.

Mnemónica	
P (Participantes)	Adolescentes com anorexia
C (Conceito)	Efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa
C (Contexto)	Hospitalização

Tabela 1- Matriz PCC

Tendo em conta as diretrizes acima mencionadas, para este estudo, definiu-se a seguinte questão de investigação: “Quais os efeitos do isolamento na hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa?”

Objetivos

A presente *scoping review* teve como objetivo principal mapear a evidência científica disponível sobre os efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa.

Como objetivo específico, identificar e analisar os principais fatores que contribuem para o impacto do isolamento durante a hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa, tendo em conta as implicações para a enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com foco nas intervenções e cuidados que podem atenuar os efeitos negativos deste isolamento no desenvolvimento e recuperação dos adolescentes.

Critérios de elegibilidade

Na elaboração de uma *scoping review*, é fundamental definir criteriosamente os critérios de elegibilidade dos estudos que serão incluídos, uma vez que estes orientam todo o processo de seleção e garantem a relevância e a qualidade dos dados analisados. A definição clara dos critérios de elegibilidade permite não só uma recolha de dados mais rigorosa, mas também uma análise mais precisa e estruturada. De acordo com Arksey e O'Malley (2005), os critérios de elegibilidade devem ser flexíveis, mas específicos o suficiente para garantir que os estudos selecionados sejam relevantes para a questão de investigação. Por conseguinte, definiram-se os critérios de inclusão a questão de revisão e a matriz PCC. Por conseguinte, foram considerados elegíveis estudos/artigos cuja população fossem adolescentes com anorexia nervosa (População), que identificassem os Efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa (Conceito), no âmbito da hospitalização (Contexto).

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
P (População)	Adolescentes com anorexia nervosa	Adolescentes com outras perturbações de comportamento alimentar
C (Conceito)	Efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa	Artigos que não tenham como foco os efeitos do isolamento da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa
C (Contexto)	Hospitalização	Cuidados fora do âmbito da hospitalização

Tabela 2 - Critérios de elegibilidade

Tipos de fontes de evidência

As fontes de evidência são fundamentais para a realização de qualquer revisão, incluindo as *scoping reviews*, pois permitem compilar dados científicos e práticos que orientam as conclusões e recomendações. Existem vários tipos de fontes de evidência que podem ser utilizadas, dependendo dos objetivos da revisão e da questão de investigação. (Munn et al., 2018). As fontes de evidência utilizadas numa revisão desta natureza variam de estudos primários empíricos a revisões sistemáticas, guias de prática clínica, literatura cinzenta e fontes digitais. A escolha dessas fontes deve ser orientada pela questão de investigação e pelo objetivo da revisão. Cada tipo de fonte oferece uma perspectiva única e contribui para a construção de uma base sólida de evidências, que será fundamental para informar práticas, políticas e futuras investigações (Munn et al., 2018). Assim, quanto ao desenho do estudo para a presente revisão, aceitaram-se estudos de pesquisa quantitativa, qualitativa, revisões de literatura e literatura cinzenta. Foram ainda tidos como critérios de elegibilidade artigos que estivessem escritos em português, espanhol e inglês, sem limite temporal e que tivessem o *full text*.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa é uma etapa crucial na realização de uma *scoping review*, uma vez que define o processo e os métodos usados para identificar, selecionar e analisar as evidências científicas disponíveis. Uma estratégia de pesquisa bem elaborada assegura que a revisão abranja a literatura relevante e garanta a inclusão de estudos apropriados. A seguir, discutiremos as principais abordagens para a elaboração de uma estratégia de pesquisa eficaz e as contribuições de autores relevantes (Moher et al., 2015).

Para a pesquisa e recolha de dados, recorreu-se à plataforma PubMed e, via EBSCOhost, às bases de dados CINAHL *Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *MEDLINE Complete*. Recorreu-se ainda à B-On, *Web of Science* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Para a estratégia de pesquisa (Tabela 2), recorreu-se aos descritores científicos MeSH; DeCS, CINAHL headings, palavras-chave em linguagem natural e aos operadores booleanos AND e OR. Foi aplicado um filtro de pesquisa relacionado com o idioma, sendo selecionadas evidências em português, espanhol e inglês, sem limitação temporal.

Estratégia	Base de Dados
("anorexia nervosa"[MeSH Terms] OR "anorexia nervosa"[Title/Abstract]) AND ("reward"[MeSH Terms] OR "reward"[Title/Abstract]) AND ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR "treatment outcome" [Title/Abstract] OR "clinical effectiveness"[Title/Abstract] OR "clinical efficacy"[Title/Abstract] OR "patient relevant outcome"[Title/Abstract] OR "rehabilitation outcome"[Title/Abstract] OR "treatment effectiveness" [Title/Abstract] OR "treatment efficacy"[Title/Abstract])	PubMed N=26
"anorexia nervosa" AND reward AND "treatment outcome" OR "clinical effectiveness" OR "clinical efficacy" OR "patient relevant outcome" OR "rehabilitation outcome" OR "treatment effectiveness" OR "treatment efficacy"	CINAHL <i>Complete</i> N=6
"anorexia nervosa" AND reward AND "treatment outcome" OR "clinical effectiveness" OR "clinical efficacy" OR "patient relevant outcome" OR "rehabilitation outcome" OR "treatment effectiveness" OR "treatment efficacy"	B-On N=28

Tabela 3 - Estratégia de pesquisa

Seleção de Estudos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência corresponde ao intervalo etário compreendido entre os 10 anos e os 19 anos, 11 meses e 29 dias, enquanto a juventude se estende dos 15 aos 24 anos de idade. Esta delimitação evidencia uma intersecção entre os anos finais da adolescência e os iniciais da juventude. No contexto nacional, o Ministério da Saúde utiliza o termo “pessoas jovens” para designar o conjunto que abrange tanto adolescentes como jovens adultos, ou seja, indivíduos com idades entre os 10 e os 24 anos.

A adolescência é reconhecida como uma etapa integrante do desenvolvimento humano, caracterizando-se por um processo dinâmico e multifatorial de mudanças a nível físico, emocional e social. Importa sublinhar que as variações nas taxas de crescimento observadas ao longo da infância e da adolescência não são, por si só, indicativas de distúrbios de saúde. Por conseguinte, impõe-se a necessidade de um acompanhamento contínuo por parte de profissionais de saúde, que deverão considerar não apenas os determinantes individuais, mas também os fatores ambientais que influenciam o desenvolvimento. Tais fatores podem interferir na expressão dos fenómenos biológicos associados à puberdade, podendo mesmo alterá-los, interrompê-los ou revertê-los.

A primeira pesquisa desta Socping Review decorreu a 31 de outubro de 2024 nas bases de dados PubMed, CINAHL *Complete* e B-On, tendo sido realizada outra pesquisa a 17 de abril de 2025 na base de dados Scopus. Todos os registos recuperados das pesquisas nas bases de dados foram exportados para o *software Rayyan*®, a fim de serem submetidos a uma triagem para inclusão, desde que cumprissem os critérios de elegibilidade e que dessem resposta à questão de investigação. A relevância dos estudos pesquisados foi

analisada por dois revisores independentes, sem necessidade de inclusão de um terceiro revisor, uma vez que não ocorreram discordâncias entre os mesmos. O resumo do processo de seleção dos estudos é apresentado no diagrama PRISMA-ScR (Figura 1), com base nas etapas: identificação, análise e inclusão. A pesquisa realizada resultou na identificação de 60 estudos. Na primeira etapa, foram removidos 36 registos duplicados. Na segunda fase, procedeu-se à leitura criteriosa dos títulos e resumos dos 24 estudos elegíveis, resultando na exclusão de 15 estudos pelo título e de após análise do resumo, por não cumprirem os critérios de inclusão. Posteriormente, 9 estudos foram lidos na íntegra, para se analisar se cumprem os critérios de elegibilidade. Estes não foram submetidos à aplicação da JBI Critical Appraisal Checklist (Lockwood et al., 2015).

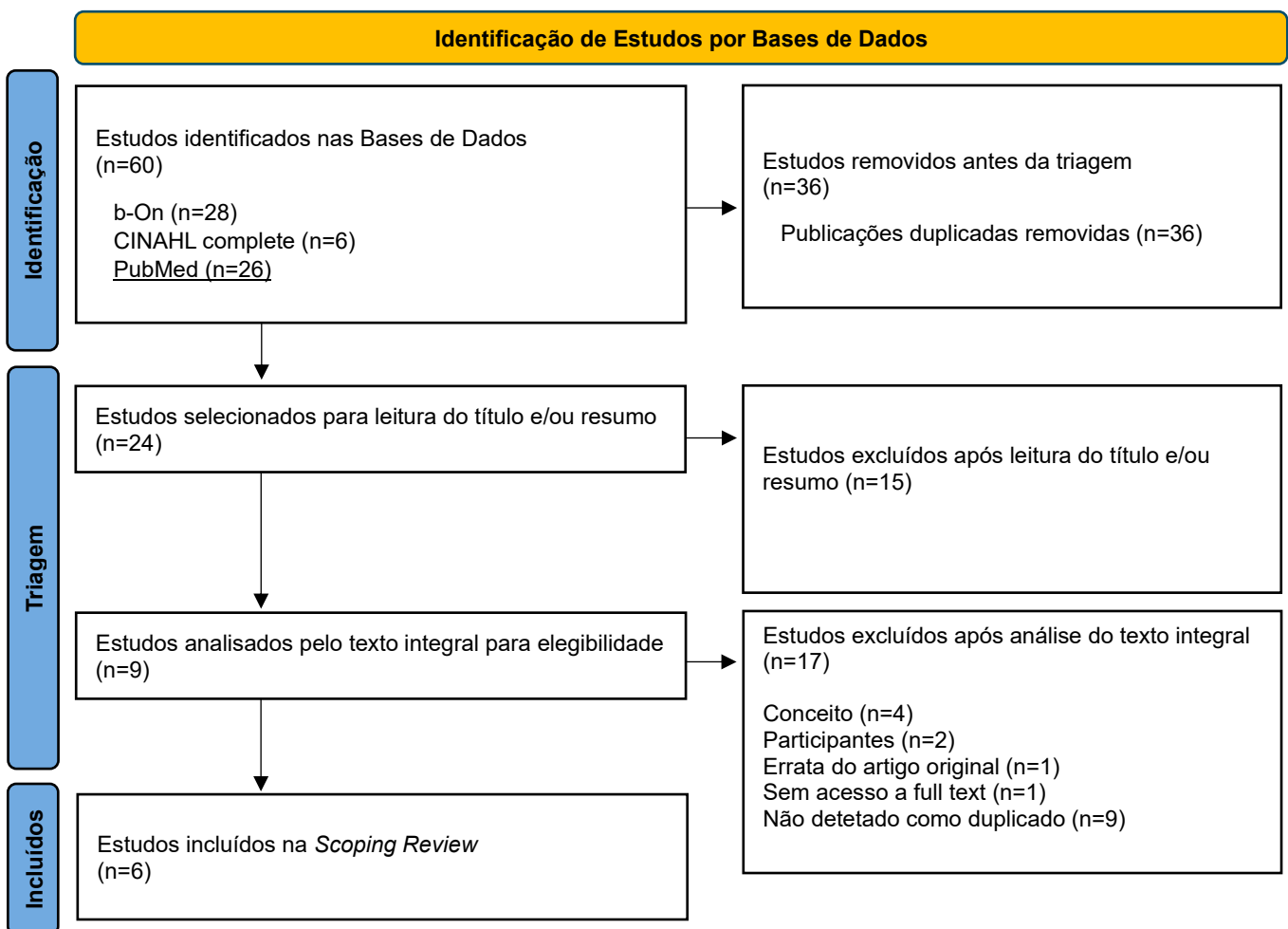


Figura 1 - Diagrama PRISMA-ScR.

Fonte: Page et al. (2021).

3. Resultados

A extração de dados é uma etapa importante nas revisões sistemáticas e *scoping reviews*, pois envolve a organização e a análise das informações relevantes dos estudos

incluídos, com o objetivo de sintetizar as evidências de forma clara e acessível. No contexto de uma *scoping review*, a extração de dados não se limita à simples recolha de informações, mas procurar identificar, descrever e mapear as características dos estudos, bem como os resultados relacionados com a pergunta de pesquisa. A precisão e a consistência na extração de dados são essenciais para garantir a integridade e a confiabilidade da revisão. Uma ferramenta comum para a extração de dados é a utilização de uma tabela de extração, na qual os dados são organizados de maneira padronizada, o que facilita a análise e a comparação entre os estudos. O processo deve ser realizado de forma independente por mais de um revisor para garantir a consistência e a qualidade dos dados extraídos (Arksey & O'Malley, 2005).

Além disso, a transparência na documentação dos processos de extração é um princípio fundamental, conforme destacado por Peters et al. (2015), o que envolve registrar as informações extraídas e se houve algum tipo de ajuste durante a extração, garantindo que o processo seja reprodutível por outros pesquisadores. Isso também é importante para a avaliação da qualidade e relevância dos dados extraídos.

Esta revisão integra seis estudos publicados entre 2015 e 2024, abrangendo uma janela temporal de nove anos. Os estudos provêm de diferentes países - Chile, Alemanha, Itália e Estados Unidos da América - e abordam diversas perspectivas sobre o tratamento e a experiência de hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa. Em termos metodológicos, dois são estudos longitudinais quantitativos, com aplicação de questionários no início e no final do tratamento (Lavender et al., 2021; Abber et al., 2024); um é um estudo combinado de ressonância magnética funcional (fMRI) e avaliação ecológica momentânea (EMA) com adolescentes hospitalizadas (Seidel et al., 2018); um é um estudo qualitativo descritivo, baseado na Grounded Theory, com codificação aberta e triangulação de especialistas (Subiabre et al., 2015); um é um estudo observacional retrospectivo com análise estatística comparativa entre grupos (Zanna et al., 2021) e um é uma revisão sistemática, realizada segundo a metodologia PRISMA, que analisa múltiplos tipos de estudos anteriores (Ziser et al., 2018) (Tabela 4).

A análise integrada dos seis estudos incluídos, permitiu identificar padrões consistentes e contrastes relevantes relativamente ao impacto da hospitalização e do isolamento em adolescentes com anorexia nervosa.

De forma transversal, observou-se que a hospitalização, independentemente da metodologia utilizada nos estudos (quantitativa, qualitativa ou revisão sistemática), influencia significativamente a dimensão motivacional e emocional dos adolescentes. Estudos como os de Lavender et al. (2021) [E1] e Abber et al. (2024) [E2], ambos de natureza longitudinal e

quantitativa, evidenciaram que a hospitalização, ao proporcionar um ambiente controlado e estruturado, favorece o aumento da motivação para a mudança e a diminuição da sensibilidade ao castigo. Esta evolução motivacional correlacionou-se positivamente com a melhoria dos sintomas alimentares, reforçando o papel central das alterações emocionais e cognitivas no processo terapêutico.

Por sua vez, Seidel et al. (2018) [E3], aprofundou os mecanismos neurológicos subjacentes, demonstrando que a regulação excessiva de emoções positivas, frequentemente observada em adolescentes com anorexia nervosa, está associada a maior ruminação sobre o peso corporal, aumento do afeto negativo e menor ganho ponderal. Estes resultados sugerem que a hospitalização deve, idealmente, incluir intervenções específicas que promovam uma expressão emocional saudável, contrariando tendências de supressão emocional que podem comprometer a recuperação clínica.

Relativamente à experiência subjetiva da hospitalização, o estudo qualitativo de Subiabre et al. (2015) [E4], revelou que o isolamento inicial é frequentemente vivenciado de forma negativa pelos adolescentes, gerando sentimentos de tristeza, de medo e de estigmatização. Contudo, a separação temporária do contexto familiar conflituoso revelou-se, para alguns, um fator terapêutico positivo, facilitando a reflexão pessoal, o desenvolvimento de competências de autonomia e a reconfiguração da identidade pessoal. A qualidade da aliança terapêutica estabelecida com a equipa de saúde emergiu como um fator protetor crítico para transformar a experiência de isolamento em oportunidade de crescimento. O estudo observacional retrospectivo de Zanna et al. (2021) [E5], comparou os efeitos da hospitalização completa e parcial, evidenciando que regimes de menor isolamento - como a hospitalização parcial - promovem maiores ganhos ponderais, melhorias psicológicas mais consistentes e uma redução do tempo de internamento. Tais resultados reforçam a ideia de que a manutenção de vínculos sociais e familiares durante o tratamento constitui um recurso fundamental para a recuperação de adolescentes com anorexia nervosa. A revisão sistemática de Ziser et al. (2018) [E6], corroborou estas conclusões, ao analisar criticamente as práticas históricas de isolamento extremo (como o *bed rest*) no tratamento hospitalar da anorexia nervosa. O isolamento severo, outrora utilizado como estratégia para promover o ganho de peso, foi associado a elevado sofrimento psicológico e percecionado como degradante pelos adolescentes. Em contrapartida, as estratégias terapêuticas baseadas no reforço positivo e em contratos de contingência colaborativos mostraram-se mais eficazes para a adesão ao tratamento e para a recuperação clínica.

Nº	Autor(es)/Ano	Objetivo	Tipo de estudo	População	Resultados e Conclusões
Título	País			Instrumento de Recolha de Dados	
E1	Lavender et al., 2021	Explorar a relação entre a sensibilidade ao castigo e à recompensa e a motivação para a mudança em adolescentes e adultos com anorexia nervosa durante o tratamento;	Estudo longitudinal, quantitativo, com aplicação de questionários no início e no final do tratamento	Participantes: 262 indivíduos com anorexia nervosa (145 adolescentes e 117 adultos).	Adolescentes demonstraram: Maior sensibilidade ao castigo do que adultos. Motivação para a mudança aumentou ao longo do internamento. Sensibilidade à recompensa associou-se positivamente à motivação. A hospitalização influenciou os fatores motivacionais, sugerindo impacto psicológico relevante.
	EUA	Avaliar a relação entre sensibilidade ao castigo/recompensa e motivação para a mudança.		Instrumento: Questionários validados (por exemplo, BIS/BAS e Stages of Change Questionnaires)	
E2	Abber et al., 2024	Avaliar se a sensibilidade ao castigo muda	Estudo longitudinal com aplicação de	Participantes: 145 adolescentes com	Os adolescentes apresentam:
	<i>Changes in punishment</i>				

<p><i>sensitivity and symptom expression during partial hospitalization for adolescents with anorexia nervosa</i></p> <p>EUA</p>	<p>durante o tratamento hospitalar parcial e se essas mudanças se associam à evolução dos sintomas alimentares;</p> <p>Analisar as alterações na sensibilidade ao castigo e a sua relação com sintomas alimentares.</p>	<p>questionários no início e fim do tratamento</p>	<p>anorexia nervosa em hospitalização parcial.</p> <p>Instrumentos: Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)</p>	<p>Maior sensibilidade ao castigo comparado com controlos saudáveis.</p> <p>A redução dessa sensibilidade durante o internamento está associada a melhor evolução dos sintomas alimentares.</p> <p>O ambiente terapêutico parece influenciar mudanças nos mecanismos motivacionais, que podem estar relacionados com experiências subjetivas do internamento, incluindo o isolamento.</p> <p>A tendência motivacional na admissão não previu a gravidade dos sintomas alimentares (EDE-Q Global) na alta.</p> <p>No entanto, a mudança motivacional ao longo do tratamento foi um preditor significativo da gravidade do EDE-Q Global na alta, ou seja, quanto maior a alteração no viés, maior a melhoria clínica observada.</p> <p>Tanto com a escala BIS/BAS como com a SPSRQ, a mudança na motivação ao longo do internamento teve mais impacto do que os valores iniciais.</p> <p>IMC na alta hospitalar:</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nem o viés motivacional inicial, nem a sua mudança durante o tratamento, previram o IMC na alta, com qualquer das escalas utilizadas.

Sensibilidade ao castigo vs. à recompensa:

A sensibilidade ao castigo, mas não à recompensa, na admissão associou-se a sintomas alimentares mais severos no início do tratamento (EDE-Q Global mais elevado).

Nenhuma destas variáveis previu o IMC na alta.

A redução da sensibilidade ao castigo durante o tratamento previu melhoria no EDE-Q Global, mas não influenciou o IMC.

Análises adicionais de sensibilidade:

Os resultados mantiveram-se consistentes ao controlar variáveis como a idade, a medicação psicotrópica e o estado ponderal.

Em análises específicas para o subtipo AN-BP (anorexia nervosa, tipo purgativo), a mudança no viés deixou de ser um preditor significativo, provavelmente devido ao tamanho reduzido da amostra.

As adolescentes com anorexia nervosa mostraram uma regulação excessiva da atividade cerebral no estriado ventral (região associada à

E3 Seidel et al., 2018
The real-life costs of emotion regulation in

Investigar os efeitos do controlo excessivo das emoções positivas

Estudo combinado fMRI + EMA em adolescentes

Participantes: 35 adolescentes

<p><i>anorexia nervosa: a combined ecological momentary assessment and fMRI study</i></p>	<p>em adolescentes com anorexia nervosa, a relação com os sintomas e os resultados terapêuticos;</p>	<p>hospitalizadas com AN e controlos saudáveis (HC)</p>	<p>mulheres com AN, 35 controlos saudáveis. Instrumentos: fMRI, EMA 6x/dia por 2 semanas, EDI-2, BDI-II, ERQ</p>	<p>recompensa) durante a visualização de estímulos positivos (ex.: imagens agradáveis).</p> <p>Esta supressão da resposta positiva estava associada a:</p> <p>Maior ruminação sobre o peso corporal.</p> <p>Aumento do afeto negativo (emoções como tristeza, ansiedade ou frustração).</p> <p>Menor ganho de peso durante o tratamento hospitalar (avaliado aos 60 e 90 dias de internamento).</p> <p>O estudo combinou técnicas de neuroimagem (fMRI) com avaliação ecológica momentânea (EMA) e mostrou que os efeitos cerebrais observados em contexto clínico se refletiam na experiência emocional quotidiana das adolescentes.</p> <p>Na anorexia nervosa, a maior regulação da atividade no estriado ventral durante os estímulos positivos associou-se a mais ruminação sobre o peso, maior afeto negativo e menor ganho de peso após 60 e 90 dias. A regulação emocional positiva em excesso foi negativa para a recuperação.</p>
<p>Alemanha</p>	<p>Avaliar se a regulação emocional de estímulos positivos está associada a ruminação, afeto negativo e menor ganho ponderal.</p>			
<p>E4 Subiabre et al. (2015)</p>	<p>Descrever os significados experienciados por adolescentes com anorexia nervosa</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo baseado na Grounded Theory.</p>	<p>Participantes: 6 adolescentes (5 raparigas e 1 rapaz), entre 9 e 17 anos, com e sem experiências</p>	<p>Efeitos do isolamento durante a hospitalização:</p> <p>Sentimentos negativos iniciais:</p>
<p><i>Significados sobre la experiência de</i></p>				

<p><i>hospitalización en pacientes adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa</i></p> <p>Chile</p>	<p>durante a hospitalização.</p>	<p>Análise com codificação aberta e triangulação de especialistas.</p>	<p>prévias de hospitalização psiquiátrica.</p> <p>Instrumentos: Recolha através de entrevistas semiestruturadas em profundidade.</p>	<p>Ao serem hospitalizados, os adolescentes relataram tristeza, angústia e medo, principalmente por estarem longe da família e do ambiente habitual</p> <p>O isolamento gerava incerteza e percepções de “reclusão”, aumentando o desconforto emocional inicial.</p> <p>Benefício da separação do ambiente familiar:</p> <p>Para alguns adolescentes, o isolamento da família funcionou como uma “pausa” dos conflitos familiares, permitindo-lhes focar na recuperação individual.</p> <p>Este afastamento foi descrito como positivo, especialmente para aqueles que viam o ambiente familiar como um fator de stresse ou gatilho para a doença.</p> <p>Desenvolvimento pessoal:</p> <p>O tempo de isolado ajudou alguns a desenvolver maior autoconsciência sobre a sua condição e habilidades pessoais para lidar com o transtorno.</p> <p>Também possibilitou o fortalecimento da autoestima e melhoria nas relações sociais, após um período inicial de resistência.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Estigmatização e dificuldades emocionais:

O isolamento foi vivido por alguns adolescentes como estigmatizante, sentiam-se “a enlouquecer” por estarem num hospital psiquiátrico, o que afetava negativamente a sua identidade.

Sentiam a pressão de corresponder às expectativas externas (da família, amigos, profissionais), gerando ansiedade e medo de falhar.

Aliança terapêutica como facilitadora:

O apoio emocional da equipa de saúde (psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais) ajudou a amenizar os efeitos negativos do isolamento.

O estabelecimento das relações de confiança foi essencial para que o isolamento se transformasse num espaço terapêutico positivo.

Impacto do tipo da hospitalização - com mais/menos isolamento:

A comparação entre a hospitalização completa (IP, mais isolamento) e hospitalização parcial

<p>E5 Zanna et al., 2021 Improvements on Clinical Status of Adolescents With Anorexia Nervosa in Inpatient and Day</p>	<p>Avaliar o impacto de um programa de hospitalização parcial (HLCT) em comparação com a hospitalização</p>	<p>Estudo observacional retrospectivo; análise estatística não paramétrica</p>	<p>34 adolescentes todos do sexo feminino; 17 em hospitalização completa (IP) e 17 em hospitalização parcial (HLCT).</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Hospital Treatment: A Retrospective Pilot Study</p> <p>Itália</p>	<p>completa (IP) no estado clínico, duração da hospitalização e custos hospitalares de adolescentes com anorexia nervosa.</p>	<p>comparativa entre grupos.</p>	<p>Instrumentos: avaliação clínica e psiquiátrica (DSM-5, K-SADS-PL), escalas de avaliação psicológica (MASC-2, CDI-2, YSR, EDI-3, BUT, FAD), Morgan–Russell Outcome Assessment Scale (MROAS).</p>	<p>(HLCT, menos isolamento) mostrou que a hospitalização parcial teve melhores resultados.</p> <p>Os adolescentes em HLCT (menos tempo isolados) apresentaram:</p> <p>Maior ganho de peso, Melhor recuperação psicológica (mais autonomia e interação social), Menor tempo de tratamento hospitalar.</p> <p>A hospitalização com menos isolamento (parcial) foi mais eficaz, sugerindo que manter algum contacto com a vida social e familiar é benéfico. O isolamento durante a hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa pode ter impacto inicial negativo (tristeza, medo, estigma). No entanto, pode também ter efeitos positivos se for acompanhado por apoio terapêutico adequado e afastamento de ambientes familiares tóxicos.</p> <p>Por outro lado, formas de hospitalização menos isoladoras (como a hospitalização parcial)</p>
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

parecem oferecer melhores resultados globais para a recuperação dos adolescentes.

Portanto, isolamento total não é o ideal; um equilíbrio entre apoio clínico intensivo e manutenção de vínculos sociais é o caminho mais favorável.

Isolamento social e físico (por exemplo, bed rest - repouso forçado na cama com privação de interações) foi usado como estratégia para promover ganho de peso.

Os adolescentes eram privados de apoios sociais e materiais até atingirem objetivos de peso.

Impacto negativo do isolamento:

O artigo refere que estes métodos eram demasiado punitivos e que provocavam sofrimento psicológico adicional.

O isolamento era muitas vezes percebido como degradante e contraproducente.

Não recomenda métodos tão restritivos como o isolamento total.

E6

Ziser, K. et al., 2018

The effectiveness of contingency management in the treatment of patients with anorexia nervosa: A systematic review

Alemanha

Analisar a eficácia da gestão de contingências no tratamento de anorexia nervosa, especialmente no contexto de ganho de peso em ambiente hospitalar.

Revisão sistemática segundo a metodologia PRISMA, analisando 42 publicações (teóricas, estudos de caso, estudos descritivos, cohort e controlados).

A revisão incluiu estudos tanto com adultos como com adolescentes.

Muitos dos estudos analisados focavam-se em internamentos hospitalares de adolescentes com anorexia nervosa.

Instrumento: análise de estudos prévios.

Impacto positivo moderado:

Em alguns casos, a gestão de contingência (sem isolamento extremo) - através de contratos terapêuticos colaborativos - aumentou a motivação, a autonomia e a adesão ao tratamento.

O reforço positivo (não o isolamento punitivo) foi associado a melhores resultados a curto prazo (ganho de peso).

O isolamento extremo (como bed rest e privação social) não é recomendado.

As abordagens mais colaborativas e menos isoladoras têm melhores efeitos tanto no ganho de peso como na motivação dos adolescentes.

Métodos colaborativos (contratos de contingência) aumentam a autonomia, motivação e adesão ao tratamento.

Tabela 4 - Síntese dos estudos incluído

4. Discussão

Os resultados obtidos na presente análise convergem, em grande medida, com conclusões extraídas na revisão sistemática de Ziser et al. (2018) [E6], embora existam *nuances* que merecem ser destacadas. O [E6] avaliou 42 publicações sobre as intervenções baseadas na gestão de contingências no tratamento da anorexia nervosa, incluindo estudos focados em adolescentes hospitalizados.

Um dos principais resultados dessa revisão foi a crítica aos métodos tradicionais de isolamento extremo, como o *bed rest* com privação de estímulos sociais e materiais, historicamente utilizados para forçar o ganho de peso. Os autores evidenciaram que tais métodos, apesar de eventualmente promoverem ganhos ponderais a curto prazo, eram frequentemente vivenciados como punitivos, emocionalmente dolorosos e degradantes pelos pacientes, conduzindo a sofrimento psicológico adicional e, por vezes, a resistências ao tratamento. Estas evidências estão em conformidade com os resultados obtidos na presente análise, ou seja, quer no estudo [E4] como no estudo [E5], foi evidenciado que o isolamento imposto durante a hospitalização inicial gera sentimentos negativos significativos, nomeadamente tristeza, medo, estigmatização e ansiedade, que podem comprometer a aceitação e a eficácia do tratamento. Ainda que, em alguns casos, o afastamento de ambientes familiares tóxicos tenha sido interpretado como benéfico para a recuperação, a manutenção de alguma forma de ligação social e a construção de uma aliança terapêutica sólida surgiram como elementos indispensáveis para transformar o isolamento num recurso positivo.

O [E6], destacou a eficácia de abordagens mais colaborativas e humanizadas, baseadas no reforço positivo e em contratos de contingência, na promoção da motivação intrínseca e da adesão ao tratamento. Este aspeto encontra eco nos resultados dos estudos [E1], e [E2], que evidenciaram que mudanças na motivação durante o internamento, particularmente a redução da sensibilidade ao castigo e o aumento da sensibilidade à recompensa, foram preditores significativos da melhoria clínica, mais relevantes do que a motivação inicial no momento da admissão.

Em contrapartida, a revisão do [E6], salientou que, apesar dos ganhos ponderais obtidos com métodos punitivos, os resultados a longo prazo eram heterogêneos e muitas vezes insatisfatórios, dado que os adolescentes podiam alcançar o peso alvo sem as mudanças estruturais nos comportamentos ou nas crenças associadas à anorexia. A presente revisão, por sua vez, reforça esta premissa, demonstrando que os ganhos físicos isolados (como o aumento do índice de massa corporal) não são, por si só, indicadores de recuperação psicológica ou emocional, sendo necessária uma abordagem terapêutica que integre a dimensão emocional, motivacional e social dos adolescentes. Assim, pode dizer-se que a

presente revisão *scoping* e a revisão sistemática do [E6], concluem que o isolamento hospitalar severo deve ser evitado, sendo preferíveis modelos de internamento que promovam a motivação, a autonomia, a ligação social e a colaboração ativa do adolescente no seu processo de recuperação.

O EEESIP desempenha um papel fundamental no contexto da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa, sendo um elemento central na promoção do equilíbrio entre o cuidado clínico intensivo e a preservação das necessidades emocionais e sociais próprias desta fase do desenvolvimento. Desempenha também um papel central na abordagem terapêutica, constituindo-se como um elemento-chave na promoção de cuidados integrados, humanizados e centrados no desenvolvimento global do adolescente. Segundo o Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, que define o perfil e as competências específicas do EEESIP, este profissional tem a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem especializados, de forma autónoma e em colaboração com outros profissionais, ao adolescente em situação de saúde ou doença e à sua família, promovendo a sua saúde, bem-estar e desenvolvimento harmonioso, físico, psíquico e social., ou seja, “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2019, p. 19192).

5. Conclusão

A hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa constitui um desafio complexo que envolve a recuperação da saúde física, o suporte emocional, a reestruturação motivacional e a preservação do desenvolvimento psicossocial dos adolescentes. As evidências dos estudos analisados revelam que o isolamento total durante a hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa tende a produzir efeitos emocionais adversos, enquanto as abordagens que equilibram um suporte clínico intensivo com a manutenção de ligações sociais e a promoção da autonomia individual revelam-se mais eficazes. A hospitalização, quando orientada por princípios terapêuticos humanizados e integrativos, pode constituir um contexto favorável para a recuperação dos adolescentes, reforçando quer a melhoria da sua saúde física, quer o fortalecimento emocional e psicológico necessários para uma recuperação favorável.

A presente revisão *scoping* apresenta algumas limitações que importa reconhecer de forma crítica. Em primeiro lugar, destaca-se a escassez de estudos específicos que abordem diretamente os efeitos do isolamento durante a hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa. Embora vários dos estudos analisados façam referência indireta ao impacto do ambiente hospitalar e da separação do contexto familiar, poucos exploram de forma sistemática e aprofundada as consequências emocionais, psicológicas e sociais associadas ao isolamento físico e social neste grupo etário. A heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, que abrangeu abordagens qualitativas, longitudinais, observacionais e revisões sistemáticas, ainda que enriqueça a compreensão do fenómeno, dificulta a comparação direta dos resultados. A diversidade de instrumentos de avaliação, contextos hospitalares e critérios de amostragem utilizados nos diferentes estudos pode introduzir variabilidade que limita a generalização dos achados. Outro aspeto a considerar é o facto de alguns estudos incluírem simultaneamente adolescentes e adultos, o que pode obscurecer as especificidades do impacto do internamento e do isolamento apenas em adolescentes. Esta limitação metodológica é relevante, dado que os adolescentes possuem características desenvolvimentais distintas, exigindo abordagens adaptadas às suas necessidades específicas. Por fim, a maioria dos estudos analisa apenas o período de internamento, existindo escassez de dados sobre os efeitos a médio e a longo prazo do isolamento hospitalar na recuperação e reintegração social dos adolescentes com anorexia nervosa. Estas limitações sublinham a necessidade de futuros estudos dedicados exclusivamente à temática dos efeitos do isolamento em adolescentes hospitalizados com anorexia nervosa, recorrendo a metodologias robustas e a amostras suficientemente representativas, de forma a sustentar intervenções terapêuticas mais eficazes e humanizadas.

No contexto da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa, esta função adquire particular relevo, uma vez que a doença compromete simultaneamente múltiplas dimensões, a biológica, a emocional, a social e a familiar. Por conseguinte, As competências as intervenções do EEESIP podem concretizar-se através da avaliação contínua e global, ou seja, o enfermeiro pode realizar uma avaliação sistemática e dinâmica do estado nutricional, psicológico e emocional do adolescente, identificando precocemente sinais de sofrimento relacionados com o isolamento, estigma ou resistência ao tratamento; estabelecer uma relação de confiança com o adolescente, favorecendo a adesão ao plano terapêutico e atenuando os efeitos emocionais adversos do internamento, conforme salientado nos estudos analisados; incentivar intervenções centradas no adolescente e na família, com recurso ao desenvolvimento de estratégias educativas e de aconselhamento adaptadas à idade e ao estágio de desenvolvimento, capacitando o adolescente para a autoexpressão e para a participação ativa na sua recuperação, envolvendo a família de forma estruturada no processo terapêutico. Este profissional de saúde deve promover a autonomia e o empoderamento dos adolescentes e família, o que facilita o desenvolvimento de competências de autocuidado e de autoestima, elementos essenciais para a reabilitação física e emocional dos adolescentes com anorexia nervosa; atuar em equipa interdisciplinar para assegurar uma abordagem integrada e personalizada às necessidades complexas dos adolescentes com anorexia nervosa hospitalizados.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, compete ainda ao EEESIP desenvolver intervenções de enfermagem inovadoras e baseadas na melhor evidência disponível, o que compreende a implementação de práticas que minimizem o impacto negativo do isolamento hospitalar e promovam a ligação contínua dos adolescentes a redes sociais de suporte, mesmo em ambiente hospitalar. Assim, o enfermeiro especialista assegura a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, bem como é agente de mudança no sentido da humanização em pediatria, seja qual for o contexto de atuação, contribuindo decisivamente para a recuperação física, psicológica e social de adolescentes com anorexia nervosa. A intervenção do enfermeiro especialista, pautada pelas competências definidas no Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, é determinante para transformar o contexto hospitalar num ambiente de promoção da saúde, da autonomia e da dignidade dos adolescentes em situação de doença grave como a anorexia nervosa, tendo sempre a família como parceira de cuidados.

Considerações finais

A minha experiência ao longo dos ensinamentos clínicos foi profundamente enriquecedora e contribuiu de forma decisiva para a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos. Tive a oportunidade de integrar equipas multidisciplinares em diversos contextos, onde pude observar e participar na implementação de práticas de enfermagem centradas na criança/adolescente e na sua família. Estes momentos permitiram-me reconhecer, de forma concreta, a importância da abordagem holística e humanizada, bem como o papel do enfermeiro especialista no processo de recuperação de adolescentes com anorexia nervosa. Os ensinamentos clínicos foram, assim, fundamentais para o amadurecimento da minha prática profissional e para o aprofundamento do compromisso com cuidados de saúde de qualidade, baseados na empatia, no rigor científico e na promoção da saúde infantil.

Este estudo permitiu confirmar a complexidade da hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa, em especial no que diz respeito aos efeitos do isolamento físico e social. Ainda que os estudos analisados apontem para impactos emocionais e psicológicos negativos associados ao internamento, verifica-se uma lacuna significativa na investigação centrada especificamente nas consequências do isolamento nesta faixa etária. Esta limitação metodológica compromete a possibilidade de generalização dos resultados e evidencia a necessidade de investigações futuras mais vigorosas.

Neste contexto, o papel do EEESIP, regulado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, revela-se essencial. A sua intervenção, baseada numa avaliação global e contínua, na promoção da relação terapêutica e na integração da família nos cuidados, contribui decisivamente para transformar o internamento num espaço de promoção de saúde integral. Ao promover práticas de enfermagem humanizadas, baseadas na melhor evidência científica, o enfermeiro especialista atua como agente facilitador da recuperação sustentada dos adolescentes, respeitando a sua individualidade e promovendo a sua autonomia. Assim, conclui-se que a hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa deve ser orientada por princípios de cuidados holísticos e humanizados, onde o enfermeiro especialista desempenha um papel central na minimização dos efeitos negativos do isolamento e na promoção de percursos de recuperação física, emocional e social.

Este estudo, permitiu-me concluir que a hospitalização de adolescentes com anorexia nervosa deve assentar numa abordagem integrativa e sensível às particularidades desta fase deste ciclo vital. A atuação do enfermeiro especialista, articulada com uma equipa interdisciplinar e centrada nos princípios de humanização, revela-se determinante para transformar o contexto hospitalar num verdadeiro espaço de promoção da saúde, da autonomia e da esperança no processo de recuperação.

Referências

- Abber, A. L., Lavender, J. M., Smith, K. E., Shank, L. M., Flatt, R. E., & Peterson, C. M. (2024). Changes in punishment sensitivity and symptom expression during partial hospitalization for adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23906>
- Alharbi, Y., Saleh, F., & Shahat, K. A. (2024). Effective Treatment Approaches for Eating Disorders in Children and Adolescents: A Review Article. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.74003>
- American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association; Washington, DC, USA: 2013.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Bédard, A., Bernard, C., Meilleur, D., Taddeo, D., Pesant, C., Di Meglio, G., Gingras, N., Thibault, I., Agostino, H., Bélanger, R., Nadeau, P.-O., Frappier, J.-Y., Stheneur, C., Dufresne, L., & Bégin, C. (2024). Recovery Trajectories in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Medicine*, 13(3), 778. <https://doi.org/10.3390/jcm13030778>
- Berona, J.; Richmond, R.; Rienecke, R.D. Heterogeneous weight restoration trajectories during partial hospitalization treatment for anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2018, 51, 914–920.
- Bozzola, E., Cirillo, F., Mascolo, C., Antilici, L., Raucci, U., Guarnieri, B., Ventricelli, A., De Santis, E., Spina, G., Raponi, M., Villani, A., & Marchili, M. R. (2024). Predisposing Potential Risk Factors for Severe Anorexia Nervosa in Adolescents. *Nutrients*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.3390/nu17010021>
- Carpinelli, L., & Watzlawik, M. (2023). Anorexia nervosa in adolescence: Parental narratives explore causes and responsibilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4075. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054075>
- Di Lodovico, L.; Hatteea, H.; Couton, C.; Duriez, P.; Treasure, J.; Gorwood, P. Physical exercise-related endophenotypes in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2021, 54, 1181–1188.
- Espel-Huynh, H.M.; Zhang, F.; Boswell, J.F.; Thomas, J.G.; Thompson-Brenner, H.; Juarascio, A.S.; Lowe, M.R. Latent trajectories of eating disorder treatment response among female patients in residential care. *Int. J. Eat. Disord.* 2020, 53, 1647–1656

- Gordon A.R., Moore L.B., Guss C. Eating Disorders Among Transgender and Gender Non-binary People. In: Nagata J.M., Brown T.A., Murray S.B., Lavender J.M., editors. *Eating Disorders in Boys and Men*. Springer; Cham, Switzerland: 2021.
- Ibrahim, A., Cutinha, D., & Ayton, A. (2019). What is the evidence for using bed rest as part of hospital treatment of severe anorexia nervosa. *Evidence-Based Mental Health*, 22(2), 77–82. <https://doi.org/10.1136/EBMENTAL-2018-300064>
- Lavender, J. M., Smith, K. E., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Crosby, R. D., & Peterson, C. M. (2021). Reward and punishment sensitivity and motivation in adolescents and adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 778–785. <https://doi.org/10.1002/eat.23465>
- Lebow, J.; Sim, L.; Crosby, R.D.; Goldschmidt, A.B.; Le Grange, D.; Accurso, E.C. Weight gain trajectories during outpatient family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2019, 52, 88–94
- Mendez-Torrijos, A., Selvakumar, M., Kreitz, S., Roesch, J., Dörfler, A., Paslakis, G., Krehbiel, J., Steins-Löber, S., Kratz, O., Horndasch, S., & Heß, A. (2024). Impaired maturation of resting-state connectivity in anorexia nervosa from adolescence to adulthood: differential mechanisms of consummatory vs. anticipatory responses through a symptom provocation paradigm. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 18. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1451691>
- Mendez-Torrijos, A., Selvakumar, M., Kreitz, S., Roesch, J., Dörfler, A., Paslakis, G., Krehbiel, J., Steins-Löber, S., Kratz, O., Horndasch, S., & Heß, A. (2024). Impaired maturation of resting-state connectivity in anorexia nervosa from adolescence to adulthood: differential mechanisms of consummatory vs. anticipatory responses through a symptom provocation paradigm. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 18. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1451691>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143.
- Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine (London)*, 81(6), 1-8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. ISBN 978-989-8444-26-4.

- Paolacci S., Kiani A.K., Manara E., Beccari T., Ceccarini M.R., Stuppia L., Chiurazzi P., Ragione L.D., Bertelli M. Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Mol. Genet. Genom. Med.* 2020;8:e1244. doi: 10.1002/mgg3.1244.
- Parola, V., Coelho, A., Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). *Travelbee's Theory: Human-to-Human Relationship Model – an adequate framework for palliative nursing care.* *Revista de Enfermagem Referência, Série V, 2, e20010.*
- Pastore M, Indrio F, Bali D, Vural M, Giardino I, Pettoello-Mantovani M. Alarming Increase of Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr.* 2023 Dec;263:113733. doi: 10.1016/j.jpeds.2023.113733.
- Pauli, D., Flütsch, N., Hilti, N., Schräer, C., Soumana, M., Häberling, I. N., & Berger, G. (2022). Home treatment as an add-on to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study. *European Eating Disorders Review, 30(2), 168–177.* <https://doi.org/10.1002/erv.2882>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2015). Scoping reviews. In *The JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp. 1-24). Joanna Briggs Institute.
- Pruccoli, J., & Parmeggiani, A. (2023). Early onset anorexia nervosa: Multidisciplinary hospital intervention in a 1-year follow-up study. *Early Intervention in Psychiatry.* <https://doi.org/10.1111/eip.13392>
- Quadflieg, N., Naab, S., Schlegl, S., Bauman, T., & Voderholzer, U. (2023). Inpatient Treatment Outcome in a Large Sample of Adolescents with Anorexia Nervosa. *Nutrients, 15.* <https://doi.org/10.3390/nu15194247>
- Riva, A., Brasola, E., Sforza, S. E., Marfone, M., Biso, F., & Nacinovich, R. (2024). Anorexia Nervosa in Comorbidity With Borderline Personality Disorder in Adolescence: A Specific Clinical Endophenotype? *European Eating Disorders Review.* <https://doi.org/10.1002/erv.3155>
- Savarese G., Milano W.D., Carpinelli L. Eating Disorders (EDs) and the COVID-19 Pandemic: A Pilot Study on the Impact of Phase II of the Lockdown. *BioMed.* 2022;2:110–116. doi: 10.3390/biomed2010012
- Seidel, M., King, J. A., Ritschel, F., Boehm, I., Geisler, D., Borchardt, V., ... & Ehrlich, S. (2018). The real-life costs of emotion regulation in anorexia nervosa: a combined ecological momentary assessment and fMRI study. *Translational Psychiatry, 8(1), 1-10.* <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0352-3>

- Skibicka, J. N., Rosińska, K., Janicka, E. J., Rosiński, M., & Niedźwiedzka, M. (2025). Faces of Anorexia in Adolescents: Diagnosis, Risk, and Support. *Quality in Sport*, 37, 57217. <https://doi.org/10.12775/qs.2025.37.57217>
- Subiabre, C., Valdés, M., & Orellana, C. (2015). Significados sobre la experiencia de hospitalización en pacientes adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 53(1), 13–22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272015000100003>
- van Eeden, A.E.; van Hoeken, D.; Hoek, H.W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr. Opin. Psychiatry* 2021, 34, 515–524
- Wade, T.D.; Allen, K.; Crosby, R.D.; Fursland, A.; Hay, P.; McIntosh, V.; Touyz, S.; Schmidt, U.; Treasure, J.; Byrne, S. Outpatient therapy for adult anorexia nervosa: Early weight gain trajectories and outcome. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2021, 29, 472–481
- Wallin, U., & Holmer, R. (2021). Long-Term Outcome of Adolescent Anorexia Nervosa: Family Treatment Apartments Compared With Child Psychiatric Inpatient Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 640622. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.640622>
- Williams, R., Smith, M., & Wright, D. (2020). Anorexia: a literature review of young people's experiences of hospital treatment. *Nursing Children and Young People*, 33(2), 10–17. <https://doi.org/10.7748/NCYP.2020.E1313>
- Zanna, V., De Luca, R., Masi, F., Masini, E., Di Giacomo, D., & Iozzino, L. (2021). Improvements on Clinical Status of Adolescents With Anorexia Nervosa in Inpatient and Day Hospital Treatment: A Retrospective Pilot Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 747048. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747048>
- Ziser, K., Le Grange, D., & Lock, J. (2018). The effectiveness of contingency management in the treatment of patients with anorexia nervosa: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 119–135. <https://doi.org/10.1002/erv.2573>

Apêndices

Apêndice I- Projeto de estágio de Pediatria

O presente Projeto de Estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular de Opção 5 - Estágio em Cuidados Diferenciados no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação do Professor Luís Miguel Condeço.

Este projeto de estágio tem como finalidade definir os objetivos gerais e específicos, tendo presente as intervenções, atividades e estratégias que promovem e facilitem a concretização dos mesmos e, conseqüentemente, o desenvolvimento das competências inerentes ao Exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Deste modo, o projeto de estágio representa um instrumento de orientação do meu processo de aprendizagem individual durante todo o Ensino Clínico.

O Ensino Clínico decorre no serviço do internamento de Pediatra do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, com início no dia 21 de maio de 2024 e término a 19 de julho de 2024, com a duração de 60 horas de contacto efetivo. A carga horária semanal é de 20 horas de contacto, num horário em sistema *roulement*, constituído por turnos rotativos de manhãs das 8h00 às 16h00, turno da tarde das 16h00 às 23h00.

O presente documento terá como objetivos:

- Definir objetivos mensuráveis, realistas e claros;
- Avaliar regularmente a minha evolução, prática clínica e desempenho de acordo com os objetivos delineados;
- Auxiliar no preenchimento do Instrumento de Avaliação.

Por fim, este projeto de estágio irá dividir-se em duas partes distintas, mas complementares. Numa primeira parte, apresento uma breve introdução do ensino clínico em Cuidados Diferenciados e a discriminação dos objetivos específicos e na segunda parte um quadro com horário proposto.

a) Objetivos do Ensino Clínico

Segundo o plano de estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, este

compreende um conjunto de unidades curriculares e ensinios clínicos, de forma a manter uma adequada articulação entre as componentes teóricas e práticas.

O ensino clínico em Cuidados Diferenciados exige o desenvolvimento de conhecimento, competências e práticas nesta área particular. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

De forma a desenvolver um conhecimento especializado em enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica através da prática clínica, do pensamento crítico-reflexivo e da compreensão e resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares, foram elaborados os seguintes objetivos geral e específicos.

b) Objetivo Geral

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem como competências assistir a criança/jovem na potencialização da sua saúde, prestando cuidados em situações de especial complexidade, considerando o ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem e envolvendo a família em todo o processo (Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, 2018).

c) Objetivos específicos

1. Integrar-me na equipa multidisciplinar de forma a promover um trabalho eficaz e organizado e conhecer a organização e o funcionamento do serviço de internamento de pediatria:

- Estabelecer uma relação profissional e de empatia com todos os elementos da equipa;
- Cooperar com toda a equipa multidisciplinar;

- Ser correta na forma de ser, estar e comunicar e ser honesta e responsável;
- Demonstrar sentido autocrítico, empenho, espírito de iniciativa e autonomia na execução dos cuidados de enfermagem especializados;
- Esclarecer dúvidas e dificuldades sentidas, reconhecendo os meus limites como estudante da especialidade;
- Conhecer a estrutura física, funcional, organizacional e dinâmica do serviço;
- Conhecer a organização e metodologia de trabalho implementadas no serviço, bem como as especificidades/particularidades no acolhimento crianças internadas tanto em hospital de dia, como crianças que sejam transferidas da urgência pediátrica;
- Respeitar as normas e orientações, protocolos e técnicas específicas estabelecidas pelo serviço;
- Conhecer a disposição e o armazenamento do material e equipamento disponível, bem como a sua função;

2. Executar cuidados de enfermagem especializados de acordo com o código ético e deontológico, ao:

- Prestar cuidados de acordo com os princípios do código deontológico;
- Respeitar a dignidade, a individualidade e a privacidade do bebé/criança/adolescente/família;
- Cuidar de forma holística e humanizada o bebé/criança/adolescente/família;
- Garantir a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita (processo individual e sistemas informáticos);
- Prestar cuidados culturalmente sensíveis, respeitando os costumes, valores, crenças espirituais e práticas da mulher/pessoa significativa e família.

3. Desenvolver competências de diagnóstico e de intervenção de enfermagem que permitam a assistência especializada à criança/jovem e família no pré e pós-operatório, bem como em contexto de doença crónica e aguda de acordo com as competências do EEESIP

- Aprofundar os conhecimentos teóricos relativos às patologias, intervenções cirúrgicas e diagnósticos mais frequentes no serviço de cirurgia, através da pesquisa bibliográfica;

- Participação ativa no planeamento e gestão antecipada dos cuidados de enfermagem tendo por base o método de Enfermeiro de Referência;

- Colaboração e desenvolvimento de autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família sob supervisão das enfermeiras tutoras;

- Reconhecimento precoce das situações potencialmente dolorosas, minimizando-as;

- Monitorização da dor com a aplicação das escalas adequadas a cada faixa etária;

- Aplicação de conhecimentos e habilidades no alívio da dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas);

- Aplicação de técnicas de distração, como música, brinquedo terapêutico, para a realização de procedimentos dolorosos;

- Transmissão de informação à equipa de enfermagem de forma clara e objetiva e estabelecendo a continuidade de cuidados;

- Analisar de forma crítica e reflexiva do papel de EE na equipa.

4. Desenvolver competências que contribuam na promoção da adaptação da criança/jovem e família ao processo de doença aguda e hospitalização

- Promoção de um ambiente hospitalar seguro, calmo, minimizando os elementos stressores para a criança/jovem e família;

- Estabelecimento de uma relação empática com a criança/jovem e família, adequada ao estágio de desenvolvimento da criança;

- Demonstração de agilidade e criatividade na comunicação com a criança/jovem e família promovendo a participação ativa e esclarecida de todos os cuidados;

- Desenvolvimento de estratégias que visam a gestão de emoções nomeadamente em situações imprevistas e complexas;
- Demonstração de conhecimentos e habilidades em diferentes cuidados a oferecer à criança/jovem e suas famílias, passando assim para as mesmas, segurança;
- Promoção de cuidados em parceria, promovendo uma relação saudável física e emocional entre os pais e a criança/jovem;
- Desenvolvimento de parceria de cuidados potenciando e promovendo o papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;
- Realização de ensinamentos oportunos individualizados à criança, jovem e família de acordo com o solicitado pelos mesmos ou tendo em conta as necessidades percebidas, demonstrando total disponibilidade;
- Preparação para a alta em parceria com a família, antecipando potenciais situações criadoras de ansiedade em casa, procurando responder às suas angústias e necessidade

5. Desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, na aquisição e aplicação de competências especializadas, relativamente ao processo de aprendizagem e formativo:

- Reflexão diária das situações de aprendizagem e do meu desempenho, através da interação contínua com as enfermeiras tutoras e com a restante equipa multidisciplinar, para esclarecer dúvidas, de forma a promover o processo de aprendizagem;
- Participação ativa nos momentos de reflexão/discussão das atividades desenvolvidas e da prática profissional;
- Análise crítica do meu papel no cuidar enquanto futura EEESMO;
- Partilha de experiências significativas e dificuldades sentidas, reconhecendo os possíveis obstáculos/barreiras que possam surgir no decorrer do Ensino Clínico;
- Reformulação do projeto de estágio sempre que se justifique e consulta frequentemente;

Apêndice II- Projeto de estágio de Urgência pediátrica

O presente Projeto de Estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular de Opção 5 - Estágio em Cuidados Diferenciados no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação do Professor Manuel Cordeiro.

Este projeto de estágio tem como finalidade definir os objetivos gerais e específicos, tendo presente as intervenções, atividades e estratégias que promovem e facilitem a concretização dos mesmos e, conseqüentemente, o desenvolvimento das competências inerentes ao Exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Deste modo, o projeto de estágio representa um instrumento de orientação do meu processo de aprendizagem individual durante todo o Ensino Clínico.

O Ensino Clínico decorre no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, com início no dia 18 de setembro de 2024 e término a 25 de outubro de 2024, com a duração de 120 horas de contacto efetivo. A carga horária semanal é de 20 horas de contacto, num horário em sistema *roulement*, constituído por turnos rotativos de manhãs das 8h00 às 16h30, turno da tarde das 16h00 às 00h30.

O presente documento terá como objetivos:

- Definir objetivos mensuráveis, realistas e claros;
- Avaliar regularmente a minha evolução, prática clínica e desempenho de acordo com os objetivos delineados;
- Auxiliar no preenchimento do Instrumento de Avaliação.

Por fim, este projeto de estágio irá dividir-se em duas partes distintas, mas complementares. Numa primeira parte, apresento uma breve introdução do ensino clínico em Cuidados Diferenciados e a discriminação dos objetivos específicos e na segunda parte um quadro com horário proposto.

Objetivos do Ensino Clínico

Segundo o plano de estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, este

compreende um conjunto de unidades curriculares e ensinamentos clínicos, de forma a manter uma adequada articulação entre as componentes teóricas e práticas.

O ensino clínico em Cuidados Diferenciados exige o desenvolvimento de conhecimento, competências e práticas nesta área particular. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

De forma a desenvolver um conhecimento especializado em enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica através da prática clínica, do pensamento crítico-reflexivo e da compreensão e resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares, foram elaborados os seguintes objetivos geral e específicos.

Objetivo Geral

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem como competências assistir a criança/jovem na potencialização da sua saúde, prestando cuidados em situações de especial complexidade, considerando o ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem e envolvendo a família em todo o processo (Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, 2018).

Objetivos específicos

1. Integrar-me na equipa multidisciplinar de forma a promover um trabalho eficaz e organizado e conhecer a organização e o funcionamento do serviço de Urgência Pediátrica:

- Estabelecer uma relação profissional e de empatia com todos os elementos da equipa;
- Cooperar com toda a equipa multidisciplinar;
- Ser correta na forma de ser, estar e comunicar e ser honesta e responsável;

- Demonstrar sentido autocrítico, empenho, espírito de iniciativa e autonomia na execução dos cuidados de enfermagem especializados;
- Esclarecer dúvidas e dificuldades sentidas, reconhecendo os meus limites como estudante da especialidade;
- Conhecer a estrutura física, funcional, organizacional e dinâmica do serviço;
- Conhecer a organização e metodologia de trabalho implementadas no serviço, bem como as especificidades/particularidades no acolhimento crianças internadas no SO;
- Respeitar as normas e orientações, protocolos e técnicas específicas estabelecidas pelo serviço;
- Conhecer a disposição e o armazenamento do material e equipamento disponível, bem como a sua função;

2. Executar cuidados de enfermagem especializados de acordo com o código ético e deontológico, ao:

- Prestar cuidados de acordo com os princípios do código deontológico;
- Respeitar a dignidade, a individualidade e a privacidade do bebé/criança/adolescente/família;
- Cuidar de forma holística e humanizada o bebé/criança/adolescente/família;
- Garantir a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita (processo individual e sistemas informáticos);
- Prestar cuidados culturalmente sensíveis, respeitando os costumes, valores, crenças espirituais e práticas da mulher/pessoa significativa e família.

3. Conhecer uma realidade de prestação de cuidados distinta do meu contexto atual de prestação de cuidados, mas que já contactei e que me dê competências de enfermagem para intervir de uma forma especializada e apropriada em diferentes situações:

- Aprofundar os conhecimentos teóricos relativos às patologias e diagnósticos mais frequentes no serviço de urgência pediátrica, através da pesquisa bibliográfica;

- Participação ativa no planeamento e gestão antecipada dos cuidados de enfermagem tendo por base o método de Enfermeiro de Referência;

- Colaboração e desenvolvimento de autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família sob supervisão das enfermeiras tutoras;

- Reconhecimento precoce das situações potencialmente dolorosas, minimizando-as;

- Monitorização da dor com a aplicação das escalas adequadas a cada faixa etária;

- Aplicação de conhecimentos e habilidades no alívio da dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas);

- Aplicação de técnicas de distração, como música, brinquedo terapêutico, para a realização de procedimentos dolorosos;

- Transmissão de informação à equipa de enfermagem de forma clara e objetiva e estabelecendo a continuidade de cuidados;

- Analisar de forma crítica e reflexiva do papel de EE na equipa.

4. Adquirir competências na capacitação dos pais para a prestação de cuidados e preparação para a alta após uma permanência inferior a 24 horas na sala de observações:

- Preparação para a alta em parceria com a família, antecipando potenciais situações criadoras de ansiedade em casa, procurando responder às suas angústias e necessidade

- Garantir uma comunicação empática com o prestador de cuidados/família;

- Garantir uma negociação contínua de cuidados com crescentes ensinamentos ao prestador de cuidados e consequente capacitação para a alta;

- Transmissão de orientações antecipatórias ao prestador de cuidados/família;

- Realizar ensinamentos oportunos individualizados à criança/jovem/família de acordo com o solicitado pelos mesmos ou tendo

em conta as necessidades percebidas, demonstrando total disponibilidade;

5. Desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, na aquisição e aplicação de competências especializadas, relativamente ao processo de aprendizagem e formativo:

- Reflexão diária das situações de aprendizagem e do meu desempenho, através da interação contínua com a enfermeira tutora e com a restante equipa multidisciplinar, para esclarecer dúvidas, de forma a promover o processo de aprendizagem;

- Participação ativa nos momentos de reflexão/discussão das atividades desenvolvidas e da prática profissional;

- Análise crítica do meu papel no cuidar enquanto futura Enfermeira Especialista;

- Partilha de experiências significativas e dificuldades sentidas, reconhecendo os possíveis obstáculos/barreiras que possam surgir no decorrer do Ensino Clínico;

- Reformulação do projeto de estágio sempre que se justifique e consulta frequentemente;

Apêndice III- Projeto de estágio de Neonatologia

O presente Projeto de Estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular de Opção 5 - Estágio em Cuidados Diferenciados no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, sob a orientação do Professor Luís Manuel Cordeiro.

O Ensino Clínico decorre no serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Tondela- Viseu, Aces Dão Lafões com início no dia 9 de dezembro de 2024 e término a 31 de janeiro de 2024, com a duração de 60 horas de contacto efetivo. A carga horária semanal é de 20 horas de contacto, num horário em sistema *roulement*, constituído por turnos rotativos de manhãs das 8h00 às 16h00, turno da tarde das 16h00 às 00h00.

Este projeto de estágio tem como finalidade definir os objetivos gerais e específicos, tendo presente as intervenções, atividades e estratégias que promovem e facilitem a concretização dos mesmos e, conseqüentemente, o desenvolvimento das competências inerentes ao Exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Deste modo, o projeto de estágio representa um instrumento de orientação do meu processo de aprendizagem individual durante todo o Ensino Clínico.

O presente documento terá como objetivos:

- Definir objetivos mensuráveis, realistas e claros;
- Avaliar regularmente a minha evolução, prática clínica e desempenho de acordo com os objetivos delineados;
- Auxiliar no preenchimento do Instrumento de Avaliação.

Por fim, este projeto de estágio irá dividir-se em duas partes distintas, mas complementares. Numa primeira parte, apresento uma breve introdução do ensino clínico em Cuidados diferenciados e a discriminação dos objetivos específicos e na segunda parte um quadro com horário proposto.

Objetivos do Ensino Clínico

Segundo o plano de estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, este compreende um conjunto de unidades curriculares e ensinamentos clínicos, de forma a manter uma adequada articulação entre as componentes teóricas e práticas.

De forma a desenvolver um conhecimento especializado em enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica através da prática clínica, do pensamento crítico-reflexivo e da compreensão e resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares, foram elaborados os seguintes objetivos gerais e específicos.

Objetivo Geral

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem como competências assistir a criança/jovem na potencialização da sua saúde, prestando cuidados em situações de especial complexidade, considerando o ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem e envolvendo a família em todo o processo (Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, 2018).

Objetivos específicos

1) Compreender e refletir sobre o papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e família na UCIN

- Conhecer a estrutura física e dinâmica funcional e organizacional do serviço, bem como a articulação deste com os outros serviços;
- Observar e identificar a metodologia de trabalho que sustenta a prática de enfermagem na Unidade de Neonatologia;
- Conhecer e refletir acerca das práticas de enfermagem do serviço, através da consulta dos padrões de documentação, normas, protocolos e respetivos registos de enfermagem;
- Analisar a dinâmica do serviço desde o acolhimento à alta, e/ou transferência do RN para outros serviços;
- Demonstrar responsabilidade e assertividade na interação com a equipa multidisciplinar, mostrando espírito de equipa, disponibilidade na

aquisição de conhecimento e participação ativa nas atividades desenvolvidas;

- Observar e refletir acerca das competências do Enfermeiro Especialista no estabelecimento de prioridades e na gestão dos cuidados ao recém-nascido e família;

- Elaborar um cartaz sobre a higiene nasal em RN/prematuros para afixação no quarto de isolamento, com a colaboração das Enfermeiras Tutoras.

2) Desenvolver competências relacionais e comunicacionais, promovendo a vinculação parental através da participação dos pais nos cuidados prestados ao recém-nascido.

- Promover cuidados em parceria, promovendo uma relação saudável física e emocional entre os pais e os recém-nascidos;

- Desenvolver parceria de cuidados potenciando e promovendo o papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;

- Reconhecer o envolvimento dos pais na prestação de cuidados tais como: avaliação de sinais vitais, alimentação e amamentação, contato pele a pele através do método de canguru, toque, entre outros;

- Respeitar as crenças e valores individuais e familiares;

- Observar os comportamentos da família, identificando situações de risco (vínculo comprometido, ansiedade parental) promovendo capacitação parental e ligação da tríade mãe/pai/filho;

- Colaborar na capacitação e potencialização das competências dos pais na prestação dos cuidados ao recém-nascido e preparação para a alta.

3) Prestar cuidados especializados a um recém-nascido com necessidade de Ventilação Não Invasiva.

- Estabelecer uma relação de confiança e disponibilidade com a família, promovendo uma escuta ativa e promover um ambiente acolhedor com a finalidade dos pais poderem expressar as suas dúvidas, medos e sentimentos;

- Consulta de pesquisa bibliográfica relacionada com técnicas, procedimentos e cuidados diferenciados na prestação de cuidados de

enfermagem especializados ao recém-nascido e família (ventilação invasiva, ventilação não invasiva, fototerapia, amamentação entre outros);

- Identificação dos estímulos ambientais desfavoráveis ao desenvolvimento e bem-estar do recém-nascido (temperatura, luminosidade e ruído) minimizando os mesmos.

-

Apêndice IV- Poster sobre higiene nasal realizado no Estágio de Neonatologia



As infeções respiratórias surgem principalmente no inverno, levando a congestão e obstrução nasal. Os bebés não têm capacidade para se assoar ou engolir todo ranho, prejudicando a respiração, amamentação e o bem-estar geral, mas pode ser resolvido com a higiene nasal.

O Que é?

- Limpeza das fossas nasais, com soro fisiológico.
- Técnica simples e eficaz, de baixo custo e bem tolerado pelo bebé.



Material Necessário

- Soro fisiológico (á temperatura ambiente)
- Seringa de uso individual (5, 10, 20 ml)
- Adaptador de seringa (opcional)
- Toalha, manta ou fralda de pano para fazer contenção do bebé



Quantidade de Soro a usar

Pode usar estas medidas como orientação:

- 1º mês: até 3ml:
- 3 aos 6 meses: até 5 ml
- > 6 meses: até 10 m



Quando fazer?

Sempre antes das refeições, para que não vomite. Idealmente, fazer 2 vezes ao dia (manhã e noite) e repetir mais vezes se o bebé estiver muito congestionado.

Como Fazer?

Lavar as mãos



Apêndice V – Folheto informativo para os pais sobre higiene nasal realizado no Estágio de pediatria

QUAL A MELHOR POSIÇÃO PARA A HIGIENE NASAL?

BENEFÍCIOS DE HIGIENIZAR O NARIZ DO MEU BEBÉ:



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES

Bebé/lactente:

- Deve fazer a higiene nasal com o bebé deitado de lado.
- Inserir o soro na narina que fica em cima num movimento contínuo e suave, sem fazer demasiada pressão.
- Repetir o procedimento nos dois lados;

Crianças maiores:

- Deverá sentar o seu filho ao seu colo.
- Inclinar a cabeça da criança ligeiramente para a frente e rodar para o lado por onde irá sair as secreções e o soro.

- Permite remover as secreções da cavidade nasal
- Melhora a desobstrução nasal
- Facilita a respiração
- Previne as infeções respiratórias

Vantagens da técnica:

1. Simples e eficaz
2. Baixo custo
3. Bem tolerada

Elaborado por: Enf^a Carolina Sousa, Aluna de Mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Saúde de Viseu

Revisto por: Enf^a Luis Condeço, Enf^a Margarida Tojal e Enf^a Cristina Valente



HIGIENE NASAL

Serviço de Pediatria

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

- Cansaço fácil
- Recusa Alimentar
- Congestão nasal

QUANDO FAZER?

Pelo menos duas vezes por dia... De manhã e à noite e repetir as vezes que achar que o seu bebé tem obstrução significativa, principalmente antes das refeições.

MATERIAL NECESSÁRIO:

SORO FISIOLÓGICO

É recomendado usar soros individuais. Usar sempre à temperatura ambiente. Nunca utilizar água, mesmo que seja engarrafada.

SERINGA COM ADAPTADOR:


Até 1 mês: até 3 ml
Até 6 meses: 5 ml
Após os 6 meses: 10ml
Após os 2 anos: pode usar rinoduche

ASPIRADOR NASAL (OPCIONAL)

COMPRESSAS/RESGUARDO/LENÇOS

COMO DEVO FAZER A HIGIENE NASAL:

1. Lavar as mãos
2. Encher a seringa com soro
3. Colocar o bebé na posição que pretende.
4. Colocar a ponta da seringa/adaptador na entrada da narina
5. Aplicar o soro num movimento contínuo e suave, sem fazer demasiada pressão
6. Fazer o mesmo na outra narina
7. No final limpar bem a boca do bebé e deixar descansar uns minutos antes de o alimentar



Apêndice VI – Folheto informativo para pais sobre o uso do telemóvel em crianças entre os 3 e os 6 anos, realizado no Estágio de Cuidados na Comunidade na ULS Lusitana (formato A3)



MÃE, POSSO USAR O TEU TELEMÓVEL?


abm-ink1901gk

DICAS ESSENCIAIS PARA PAIS COM FILHOS ENTRE OS 3 E OS 6 ANOS



- LARGUE O TELEMÓVEL, CONECTE-SE AO SEU FILHO**
Aproveite cada momento. A infância é passageira e deixará saudades.
- SEJA O EXEMPLO QUE OS SEUS FILHOS PRECISAM**
Ensine que lidar com o Médio não precisa de um ecrã.
- USE A TECNOLOGIA COM RESPONSABILIDADE**
Ajuste o telemóvel e as aplicações para garantir segurança e adequação à idade.
- ESCOLHA APLICAÇÕES COM QUALIDADE**
Prefira menos aplicações, mas melhores. Evite excesso de publicidade.
- UM ECRÃ NÃO SUBSTITUI O SEU CUIDADO**
Não confie no telemóvel como babysitter. Não sabe "com quem" está a deixar a sua criança.
- PROTEJA A PRIVACIDADE DOS SEUS FILHOS**
Fotos publicadas podem ter consequências negativas. Pense antes de as partilhar.
- IDENTIFIQUE SINAIS DE SOBRECARGA DIGITAL**
Esteja atento ao comportamento dos seus filhos e intervenha quando necessário.
- CONFLITOS? SEJA CALMO E FIRME**
Definir limites é essencial. Mantenha-se firme nas suas decisões.
- OS CONTEÚDOS TÊM IDADE**
Respeite a classificação etária dos conteúdos que os seus filhos consomem.
- EXPLORE A TECNOLOGIA EM FAMÍLIA**
Descubram juntos atividades divertidas e educativas, utilizando a tecnologia de forma saudável e consciente.

Elaborado por: Ent^a Carolina Sousa, Aluna do 1^o CEBGP de Eldor

Verificado por: Conselho Técnico

Aprovado por: Conselho Técnico

2024/11/08

2024/12/05

2024/12/05

Coordenador:

Data: ___/___/___



UFL Lusitana - Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa | Rua do Campo Alegre, 1749-016 Lisboa | Telefone: 217 413100 | Fax: 217 413100
 UFL Lusitana - Rua do Campo Alegre, 1749-016 Lisboa | Telefone: 217 413100 | Fax: 217 413100

Apêndice VII – Folheto informativo para pais sobre o uso do telemóvel em crianças entre os 3 e os 6 anos, realizado no Estágio de Cuidados na Comunidade na ULS Lusitana (formato A5)



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES



MÃE, POSSO USAR O TEU TELEMÓVEL?



DICAS ESSENCIAIS PARA PAIS COM FILHOS ENTRE OS 3 E OS 6 ANOS

COMO TORNAR O SEU TELEMÓVEL MAIS SEGURO PARA AS CRIANÇAS

Encontre toda a informação aqui!



abrir.link/NhXgM



Elaborado por: Enf.ª Carolina Sousa, Aluna do 1º CMESIP da ESSV
Verificado por: Conselho Técnico
Aprovado por: Conselho Técnico

2024 /11/28
2024/12/03
2024/12/03

Coordenadr:
Data: ____/____/____

Opinião

Evocando a Semana Mundial do Aleitamento Materno

Carolina Sousa

Enfermeira e Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da ESSV

Luis Condeço

Professor da ESSV

Desde o primeiro momento da gravidez surgem inevitavelmente muitos sentimentos, entre os quais dúvidas e receios sobre esta nova etapa da vida da mulher e do casal. As questões relacionadas com a amamentação surgem de forma instantânea, essencialmente pelo seu papel no crescimento e desenvolvimento da criança recém-nascida.

Estudos sobre os benefícios do leite materno são constantemente referenciados, na promoção deste ato tão nobre e vinculador, como é o de amamentar um novo ser.

É com o objetivo de encorajar esta prática e fomentar a saúde de bebés por todo o mundo, que mais de 170 países comemoram, anualmente, entre 1 e 7 de agosto, a Semana Mundial do Aleitamento Materno.

O aleitamento materno além de um extraordinário suporte nutricional, fundamental para o normal crescimento e desenvolvimento do bebé, permite estabelecer uma conexão única entre a mãe e filho/a. Durante a amamentação, mãe e bebé partilham um momento de intimidade física e emocional. Este contacto fortalece o vínculo entre ambos, promovendo uma sensação de segurança e conforto para a criança, e além disso, tem o poder de estimular a libertação de hormonas (ocitocina e prolactina) ligadas ao vínculo afetivo e ao bem-estar tanto da mãe quanto do/a bebé.

Ao invés, uma mãe que por qualquer razão fisiológica ou por opção decida não amamentar, não significa que a relação e o vínculo mãe-filho, não se estabeleça. É importante reforçar que a dificuldade sentida no ato de amamentar, não diminui a mulher no seu papel de mãe. Muitas vezes, o insucesso na amamentação pode resultar da falta de informação, da baixa literacia, do fraco apoio familiar, da instabilidade emocional, das lesões corporais (feridas e gretas nos mamilos), das infeções (mastites), entre muitos outros fatores e podem facilitar o aparecimento de sentimentos de culpabilização, incompetência ou frustração. A maternidade re-

veste-se de especial particularidade, sendo por isso um período da vida da mulher e da família bastante desafiador pela necessária adaptação física, social e familiar.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fulcral, enquanto veículos de informação (esclarecimento de dúvidas e mitos pré-concebidos) e suporte emocional para que esta adaptação a uma nova realidade decorra como desejado e idealizado. Muitas vezes, as expectativas criadas pelas mães e famílias, acabam por exercer uma pressão sobre a mulher que amamenta afetando negativamente o seu estado emocional. A "bola de neve" que se vai criando em torno dos sentimentos de frustração, tristeza e sensação de incompetência é inibidora do processo de aleitamento materno.

Na maioria dos casos, os obstáculos que se colocam à amamentação são facilmente derribados com o acompanhamento de profissionais de saúde, como é o caso da preparação para o parto e parentalidade, onde o foco visa promover e apoiar a amamentação e ajudar na resolução de desafios que possam surgir.

Não poderíamos terminar, sem deixar umas palavras de amor, carinho e compaixão. Este período da vida do casal é efêmero, rapidamente

as crianças vão crescer, desenvolver-se e deixar a casa dos pais. É fundamental aproveitar cada momento, cada sorriso, cada choro que serão preservados em cada memória.

Investir na criança de hoje é investir na humanidade de amanhã. ◀

Na maioria dos casos, os obstáculos que se colocam à amamentação são facilmente derribados com o acompanhamento de profissionais de saúde