



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem em
mulheres com Ansiedade no Período Perinatal**

Cátia Cristina Alves Vicente



**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem em
mulheres com Ansiedade no Período Perinatal**

Cátia Cristina Alves Vicente

Orientador: Professor José Manuel Tatá Falé

**Lisboa
2022**

“A melhor qualidade da maternidade ou da paternidade pode ser a liberdade de se conhecer a si próprio, seguir as *próprias* tendências, tal como o melhor sinal para saber quando se está no caminho certo se encontra no próprio bebê”

(Brazelton, 2000)

A todas as famílias, mães e crianças que se cruzaram no meu percurso, pelas experiências que me proporcionaram e me inspiraram a cada dia. Ao Ângelo, por todo o apoio, amor e companheirismo que demonstrou, neste caminho por vezes tão tortuoso. Ao Professor José Falé, pelo percurso de orientação, disponibilidade, presença e motivação para conclusão desta etapa. À minha família e amigos por me encorajarem e acreditarem. Às Enfermeiras Orientadoras dos contextos, por partilharem comigo o seu conhecimento e por me apoiarem e ajudarem a ultrapassar as adversidades. A todos os que se cruzaram no meu percurso e me permitiram crescer de alguma forma enquanto Enfermeira.

A todos, o meu muito obrigada!

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP – Enfermeiro Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FIV – Fertilização in Vitro

PNSM – Programa Nacional de Saúde Mental

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

Tendo como finalidade o desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas de Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica foi delineado um projeto, operacionalizado em dois contextos de cuidados (internamento e comunitário), tendo por base uma intenção pessoal de intervir na promoção da Saúde Mental e prevenção da doença, numa fase de vulnerabilidade para a mulher, o período perinatal.

No contexto comunitário existe um grupo de suporte a mães, que reúne semanalmente mulheres e os seus bebés, desde o nascimento, até cerca dos três anos. Visa a partilha de experiências e preocupações relativas ao novo papel parental, com particular relevo para as manifestações de ansiedade, com repercussões intrapessoais e ao nível da relação mãe-bebé. Assim, pareceu-me pertinente desenvolver intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem em mulheres com ansiedade no período perinatal.

A pesquisa bibliográfica corroborou a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica neste período de grande vulnerabilidade para a mulher e com tanto impacto no desenvolvimento saudável da criança. O Enfermeiro desempenha assim, um papel fulcral, como facilitador na transição para este novo papel parental. Tal como enunciado pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, que suporta conceitualmente o projeto.

Em contexto de internamento, foi possível perceber nas crianças e jovens, as repercussões que as alterações psicoemocionais da mãe, no período perinatal, podem ter no seu desenvolvimento, em particular no processo de sofrimento mental. Foi possível desenvolver, com supervisão, intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem, com uma população-alvo e objetivos diferentes do projeto, permitindo, ainda assim, contribuir para o desenvolvimento das competências específicas.

No contexto comunitário, após diagnóstico de situação e de acordo com a evidência, foi elaborada uma intervenção, através de sessões de relaxamento e psicoeducação, com o objetivo de redução dos sintomas de ansiedade neste período. De acordo com a avaliação, a intervenção psicoterapêutica de enfermagem, demonstrou benefícios no controlo da ansiedade nas participantes, no entanto, realça-se a necessidade de um estudo mais aprofundado em relação ao controle da ansiedade neste período.

Palavras-Chave: Transição para a parentalidade, ansiedade, promoção da saúde mental perinatal.

ABSTRACT

With the goal of developing and acquisition of the common and specific skills of a specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry, a project was designed, operationalized in two contexts of care (in-patient ward and community), based on a personal intention to intervene in the promotion of Mental Health and disease prevention, in a vulnerable phase for woman, the perinatal period.

In the community context, there is a support group for mothers, which brings together, on a weekly basis, woman, and their babies, from birth until about three years old. It aims sharing experiences and concerns regarding the new parental role, with particular emphasis on the manifestations of anxiety, with intrapersonal and mother-baby relationship repercussions. Thus, is seemed pertinent to develop psychotherapeutic Nursing interventions in women with anxiety in perinatal period.

Bibliographic research corroborated the importance of the specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry intervention in this period of great vulnerability for woman and with so much impact on the child's healthy development. The Nurse thus plays a key role as a facilitator in the transition to this new parental role. As enunciated by Afaf Meleis Theory, that conceptually supports the project.

In the in-patient ward, it was possible to understand ins children and teenagers, the repercussions that the psycho-emotional changes in mothers, in perinatal period, can have on their development, in mental suffering process. It was possible to develop, supervised, psychotherapeutic Nursing interventions, with a different target population and objectives from the project, allowing, even so, to contribute to the development of specific skills.

In the community context, after situation diagnosis and according to the evidence, an intervention was designed, through relaxation and psychoeducation sessions, with the aim of reducing anxiety symptoms in this period. According to the evaluation, the psychotherapeutic nursing intervention demonstrate benefits in anxiety control in participants, however, the need for a more in-dept study in relation to anxiety control in this period is highlighted.

Keywords: Transition to parenthood, anxiety, perinatal mental health promotion.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	15
1.1. Transição para a Parentalidade	15
1.3. Período Perinatal e a sua relação com a Ansiedade	20
1.5. A intervenção do EESMP no período Perinatal	23
1.6. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem para controlo da Ansiedade Perinatal	25
1.6.1. Relaxamento	26
1.6.2. Psicoeducação	27
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	29
2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	37
2.3. Competências de Mestre	39
3. A INTERVENÇÃO DO EESMP NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PERINATAL	41
3.1. Apresentação da Problemática	41
3.2. Objetivos	42
3.3. Caracterização do Grupo	43
3.5. Planeamento das Sessões	45
3.6. Apresentação dos Resultados	48
3.7. Discussão dos Resultados	49
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
BIBLIOGRAFIA	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do Grupo	43
Tabela 2 – Cronograma de Atividades Planeadas	46
Tabela 3 – Principais sinais e sintomas de ansiedade observados.....	46
Tabela 4 – Planeamento das sessões de relaxamento e psicoeducação.....	47
Tabela 5 – Sinais e sintomas de ansiedade e resultados observados.....	49

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O mesmo, descreve o caminho para o cuidar especializado desenvolvido ao longo do período de Estágio, realizado em contexto de internamento e comunitário. Aborda ainda o projeto de estágio, desenvolvido na área da Promoção da Saúde Mental Perinatal, com intervenção psicoterapêutica de Enfermagem para controlo da ansiedade neste período.

A gravidez e o pós-parto podem ser considerados momentos de bem-estar e emoções positivas, mas também *stress* e dificuldades (Biaggi et. al., 2016). Apresenta-se como um momento de rápida e significativa mudança: biológicas, sociais e psicológicas (Shi & MacBeth, 2017). Estas, para além de prepararem a mulher para o assumir do novo papel parental, podem constituir-se como um momento de grande vulnerabilidade, gerando assim dificuldades ao assumir deste novo papel, mas constituindo-se assim como um momento em que podem emergir sintomas ansiosos.

A evidência demonstra a prevalência da ansiedade neste período, como uma das perturbações mentais mais comuns, a par com a depressão (Bayrampour, et al, 2018; Alipour et al, 2012). Realçando a importância da intervenção na prevenção e promoção da Saúde Mental das mães neste período, relevante não só para o bem-estar materno, como para o desenvolvimento positivo do bebé. Atuando também na prevenção de problemas emocionais e comportamentais, que são comuns nesta fase do desenvolvimento infantil e colocam a criança em risco de desenvolver problemas no futuro (Solmeyer et al., 2014).

Torna-se assim evidente, que o sofrimento mental das mães tem um efeito negativo e impacto na qualidade de vida, dinâmica familiar, interação entre a mãe e o bebé e consequentemente no desenvolvimento positivo da criança.

Glover (2014), realça a importância da intervenção precoce na ansiedade perinatal, para redução de sintomas e tratamento da ansiedade. Assim, a implementação de intervenções de âmbito psicoterapêutico de Enfermagem para controlo e redução da ansiedade neste período, torna-se relevante enquanto intervenção especializada de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, constituindo-se como uma intervenção não farmacológica com potencial terapêutico, que permite à pessoa a manutenção e/ou recuperação do seu estado de saúde (Barbui et al, 2020).

Desempenhando funções como enfermeira, na área de Urgência e Cuidados Intensivos (UCI) há cerca de nove anos, a experiência que trago comigo no âmbito específico

da saúde mental é escassa. Desta forma, dentro das motivações e ambições que me levaram a embrenhar por este caminho, a promoção da saúde mental era uma delas. Sabia, portanto, que queria que o meu projeto estivesse direcionado para esta vertente, da intervenção na saúde mental precoce, prevenindo assim a ocorrência e instalação da patologia. Devido a experiências pessoais, com mães próximas de mim, com evidentes sinais de ansiedade neste período e vivências com mães internadas em contexto pandémico, em UCI, separadas dos seus bebés recém-nascidos, cujos sinais de ansiedade eram também evidentes, percebi a relevância e o papel que o Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) podia desempenhar nesta fase tão vulnerável da vida da mulher e da família.

Assim, embora a experiência com a população específica fosse escassa, decidi aprofundar os meus conhecimentos na área através da pesquisa, de modo a delinear o projeto de estágio, junto desta população. Brooks *et al* (2019) refere que a intervenção psicoterapêutica de enfermagem, tal como a psicoeducação e o relaxamento podem aumentar o bem-estar materno e reduzir os sintomas de ansiedade. Desta forma, torna-se evidente a importante enquanto estratégia para a preparação psicoemocional das mães, para as dificuldades inerentes à transição e consequentemente para o desenvolvimento da criança.

Após contacto com os campos de estágio, no período de observação, compreendi que, a par com a literatura, seria uma intervenção pertinente. Decidi colocar o foco de intervenção apenas na mulher e não no casal, por se tratar de um momento único e marcante na vida de todas as mulheres, por considerar que existe um foco na preparação física para as dificuldades inerentes à gravidez e maternidade, mas uma ausência de preparação psicoemocional das mesmas.

Desta forma, com base nos dados encontrados na evidência científica, através da pesquisa realizada, de acordo com os achados de Brooks *et al* (2019), recorri às técnicas de relaxamento e psicoeducação, enquanto intervenção a implementar no grupo de apoio a mães já existente num dos campos de estágio, pois aliado à partilha semanal, poderia constituir-se como uma intervenção relevante para redução da ansiedade nesta fase.

O projeto de estágio teve assim por base o desenvolvimento das competências de EESMP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Deste modo, intervir enquanto futura EESMP, na prevenção e promoção da Saúde Mental, não só das mães, como do bebé e criança, neste período fulcral do ciclo de vida, pareceu-me uma temática interessante e que se enquadrava dentro do que pretendia trabalhar.

Relativamente à sua estrutura, encontra-se dividido em quatro partes: inicia com o enquadramento conceptual à temática do projeto, sendo apresentada a pesquisa realizada e a componente teórica que suporta a pertinência do mesmo; na segunda parte é apresentado

o percurso para desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista, EESMP e Mestre; a terceira parte apresenta o projeto desenvolvido para controlo de ansiedade no período perinatal com recurso a intervenção psicoterapêutica de enfermagem. Por fim, são apresentadas as considerações éticas e a bibliografia consultada ao longo de todo o relatório.

O presente trabalho está elaborado de acordo com a norma da *American Psychological Association* (APA), em vigor na ESEL.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para o desenvolvimento do projeto de estágio foi desenvolvida uma pesquisa centrada na temática para a área da Saúde Mental Perinatal, tendo sido realizada uma pesquisa nas bases de dados Medline e CINAHL, com recurso ao motor de busca da EBSCO Host. A mesma foi complementada com pesquisa na literatura cinzenta existente, de modo a fundamentar o projeto.

Segundo o Conselho de Enfermagem (2001), na sua prática, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação, constituindo-se esta como uma prática relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados e exercício da profissão. Neste sentido, todo o projeto se desenvolve em torno da promoção da saúde mental, através da identificação de sinais precoces de sofrimento mental por parte das mães, permitindo desenvolver um trabalho adaptativo a este momento e capacitando-as para a adoção de comportamentos e estratégias redutoras da ansiedade. Para além disso, atua também a nível da prevenção de complicações, através da identificação de problemas potenciais, uma vez que o sofrimento mental das mães, tem também impacto direto do desenvolvimento da criança. Permite atuar assim a nível da promoção e prevenção da saúde mental em idade precoce, facilitando a criação de um ambiente seguro e propício ao desenvolvimento infantil.

1.1. Transição para a Parentalidade

A transição para a parentalidade, constitui-se como um momento que implica transições individuais, conjugais e sociais para os pais (Canavarro, 2001). É encarada como um dos papéis mais exigentes em termos sociais, físicos e mentais (Janisse, Barnett & Nies, 2009). De acordo com Brito (2009), “é um acontecimento que marca para sempre a mulher e do homem, pela intensa metamorfose psíquica que irá reorganizar a sua identidade e transformá-los em mãe e pai, aptos a cuidar de um ser novo e desconhecido, o bebé” (p.600). Para Brazelton (2000), “durante a maior parte deste tempo a maioria dos pais sentir-se-ão unicamente esgotados e sem contacto com o resto do mundo” (p.175). Para o mesmo autor, esta fase constitui-se como um momento de aprendizagem de como se tornarem família e a reorganização a si inerente, sendo por isso um momento crucial.

A gravidez e o pós-parto podem ser considerados momentos de bem-estar e emoções positivas, mas também stress e dificuldades (Biaggi et. al., 2016). As vivências neste período são distintas, para o homem e mulher. No entanto, constituem-se como um processo de transformação para ambos, sobretudo emocional, traduzindo-se assim num momento de vulnerabilidade para a mãe e para o pai.

Para a mulher, apresenta-se como um momento de rápida e significativa mudança: biológicas, sociais e psicológicas (Shi & MacBeth, 2017). Este período não acarreta apenas uma mudança corporal, como também uma mudança no conjunto de representações que tem sobre si mesma enquanto filha e futura mãe, sobre o bebê e sobre o seu parceiro (Correia & Santo, 2017). À semelhança da gravidez, o parto constitui-se como um fenômeno intenso e inesquecível na vida da mulher. Após o nascimento, as mudanças continuam a verificar-se a nível biológico e físico, com a mudança corporal no pós-parto. A diminuição de progesterona e estrogénio acontece abruptamente no pós-parto e a prolactina aumenta, dando origem à lactação. Com o restabelecimento da mulher, a recém mãe encontra-se vulnerável e pode desenvolver quadros psicopatológicos (Colman & Colman, 1994).

Segundo Mercer (2006), o processo de “tornar-se mãe”, desenvolve-se em três componentes essenciais: a ligação com o filho; o sentir-se competente nos cuidados ao filho; e, a expressão da satisfação e de prazer no exercício do papel maternal. Desta forma, relativamente à transição para a maternidade, considera-se que esta é alcançada quando a mulher se sente em harmonia com o novo papel. Assim, estas alterações preparam-na para o novo papel parental, constituindo-se este momento, como uma fase de vulnerabilidade psicológica (Brito, 2009).

Este período de transição para o novo papel, tem sido identificado como uma altura propícia ao emergir de sintomas ansiosos (Meleis, 2010). Tais fatores, contribuem para a dificuldade em assumir a responsabilidade inerente ao novo papel parental. Segundo Leal (2005), a parentalidade pode ser definida como “um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é, responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s)filho(s)” (p.322). Este fenómeno, é constituído por três componentes: comportamental, cognitivo e emocional (Cruz, 2005).

Segundo o *International council of Nurses* (ICN), através da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIFE,2011), a parentalidade é definida como

assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (p.66)

Ambas as definições realçam a necessidade de uma reorganização familiar. A chegada de uma criança, implica um realinhamento de papéis para toda a família. É necessário um reajuste de tarefas no sistema conjugal, que permitam fazer face à responsabilidade inerente

ao novo papel, podendo constituir-se como um momento de tensão, pelo carácter irreversível do compromisso assumido (Townsend, 2011).

De acordo com Canavarro & Pedrosa (2005), existem tarefas características deste período, tais como:

- Reavaliar e reestruturar a relação com os pais: verifica-se neste período uma aproximação à família, surgindo o bebé como unificador entre duas gerações. Surge o apoio facultado pelos avós, que deve, contudo, ser negociado de forma a manter o equilíbrio da relação. Constitui-se como uma fase em que se ativam memórias relativas à infância dos progenitores relativas ao papel parental dos seus pais, podendo constituir-se como uma fase de resolução ou agravamento de conflitos;
- Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro: Pode ser um momento em que o relacionamento é fortalecido ou constituir-se como um obstáculo ao mesmo. Sendo necessários reajustes que dependerão do fortalecimento prévio do casal. Estes assentam na comunicação, partilha de experiências e dúvidas e sensibilidade para com as necessidades um do outro. A divisão de tarefas domésticas e cuidados ao bebé podem também constituir-se como áreas de conflito conjugal;
- Construir a relação com a criança enquanto pessoa separada: Esta relação assenta numa perspetiva em que deve existir um equilíbrio entre dimensões, tais como “apoiar e favorecer a autonomia, estar junto e separado, dar continuidade e favorecer a diferença” (Canavarro & Pedrosa, 2005, p.243). Dizem assim respeito a aptidões parentais para dar resposta às necessidades da criança ao longo do seu desenvolvimento;
- Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade: O nascimento de uma criança implica a construção da identidade parental e uma reorganização da identidade pessoal, para o casal. Esta tem início durante a gravidez e tem continuidade no pós-parto. Constitui-se como uma fase de adaptação aos papeis e tarefas, mas também a um momento de redefinição de valores, prioridades e objetivos.

Assim, a adaptação ao papel parental, consiste na capacidade de superação das tarefas parentais, transformando-as em competências parentais para cuidar e educar a criança, contribuindo para o desenvolvimento positivo da mesma (Canavarro, 2001).

Deste modo, o período perinatal constitui-se como um momento de rápidas e significativas mudanças na vida da mulher, com ocorrência de transformações corporais e psicológicas significativas. Estas implicam uma reorganização constante e requer a capacidade de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que são novas para a mulher (Shi & MacBeth, 2017; Canavarro, 2001). Estas reestruturações e transformações, necessárias ao

papel de mãe, tornam este período como um momento de grande vulnerabilidade, pela exposição constante a novas exigências.

1.2. Relação mãe-bebê e Desenvolvimento da Criança

De acordo com a perspectiva histórica, o início do estudo das primeiras relações direcionadas para o trabalho desenvolvido por Freud, que em 1915, “argumenta que a criança possui necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, sobretudo de alimento e conforto, e que o bebê se torna interessado em uma figura humana, especificamente a mãe, por ela ser a fonte da sua satisfação” (Brum & Schermann, 2004, p.458). Nesta perspectiva, a vinculação à figura materna é vista como um impulso, em que o bebê se liga à mãe afetivamente, por esta ser o agente da satisfação das suas necessidades fisiológicas básicas.

Estudos desenvolvidos por René Spitz, em 1945, demonstram que a ausência dos pais e afeto, se apresenta como um fator importante o desenvolvimento da criança, indicando que a ausência pode constituir-se em dificuldades no desenvolvimento físico, baixo peso, ausência de apetite e dificuldades de relacionamento (Brum & Schermann, 2004, p.458).

Já Erik Erikson, nos trabalhos que desenvolveu entre 1950 e 1985, aborda a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento infantil, demonstrando que o comportamento da mãe é essencial a que criança desenvolva um senso de confiança básica. Realçando assim a importância de “(...) amar e reagir de maneira previsível e confiante para com a criança” (Brum & Schermann, 2004, p.458).

De acordo com o trabalho desenvolvido por Winnicott em 1963,

descreveu o desenvolvimento emocional primitivo em termos da jornada da dependência à independência, propondo três categorias: dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa. Para ele, é na fase de dependência absoluta que a mãe desenvolve o que chamou de preocupação materna primária (Brum & Schermann, 2004, p.458)

De acordo com o autor, isto permite que a mãe seja capaz se conectar com o bebê e compreendê-lo. A não ocorrência irá gerar um estado de não-integração, surgindo aqui “as primeiras falhas primitivas no desenvolvimento, acarretando o aparecimento de patologias mentais” (Brum & Schermann, 2004, p.458).

Segundo a Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby em 1969, as primeiras relações têm importância para o desenvolvimento da criança. De acordo com a sua perspectiva, o vínculo com a criança, denominado por si apego, “tem uma função biológica que lhe é específica e é o produto da atividade destes sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível” (Brum & Schermann, 2004, p.458).

O trabalho desenvolvido por Ainsworth em 1978, através da formulação da “situação estranha”, permitiu a identificação dos diferentes padrões de apego. A “situação estranha” por si desenvolvida, consiste, numa série de sete episódios: “A criança, inicialmente está com a mãe, depois com a mãe e um estranho, sozinha com o estranho, reunida à mãe; sozinha; e, então com a mãe. Classificando as reações das crianças a essa situação como: seguramente apegados à mãe, ansiosamente apegados à mãe e esquivos e ansiosamente apegados à mãe e ambivalentes” (Brum & Schermann, 2004, p.460).

Desta forma, o estabelecimento dos diferentes padrões de apego, irá estar relacionado com a sensibilidade materna (ou seja, a habilidade que a mãe tem de perceber, interpretar e responder à criança de forma adequada) ao desenvolvimento das necessidades da criança e a capacidade da criança em “usar a mãe como base segura, a partir da qual explora o mundo e para onde retorna em situação de perigo ou angústia” (Brum & Schermann, 2004, p.460).

Mais recentemente, Brito (2009), defende que “(...) a criança nasce com um equipamento neurofisiológico programado, em parte geneticamente, para que as suas potencialidades se possam desenvolver, precisa de ser estimulada por experiências sensoriais e afetivas e satisfeita nas suas necessidades” (p. 601). Ou seja, a criança necessita que a mãe-pai, atribua significado aquilo sente e expressa, adequando a resposta às suas necessidades. Para o mesmo autor, “os comportamentos instintivos do bebé, como a sucção, a preensão, o seguir com o olhar, o chorar, o sorrir, constituem competências inatas que geram no adulto um movimento de aproximação e proteção, a base para a criação de uma vinculação mãe-pai-bebé” (Brito, 2009, p.601).

Segundo Brito (2009), a relação mãe-bebé tem relevância e constitui-se como principal “motor para o adequado desenvolvimento psico-afectivo do bebé” (p.601). Beneficiando de cuidados parentais satisfatórios e seguros, permite futuramente proporcionar esses mesmos cuidados no assumir da sua função parental. Desta forma, podem “(...) prevenir-se muitas perturbações mentais na criança e na vida adulta, e comportamentos de risco (Brito, 2009, p.602).

Assim, diversos estudos desenvolvidos suportam a importância da qualidade da interação mãe-bebé, e relação entre os eventos perinatais e o desenvolvimento da criança. Os primeiros meses de vida da criança constituem-se como fundamentais ao desenvolvimento do apego seguro. Quando este se desenvolve, consiste no bom prognóstico para desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Brum & Schermann, 2004).

Torna-se assim claro o impacto da relação no desenvolvimento da criança. A constituição de um vínculo adequado com a mãe terá assim forte impacto na saúde mental da criança, prevenindo a instalação da doença mental em idade precoce. A prevenção no início da infância torna-se essencial à redução de problemas comportamentais e emocionais na criança

e fundamental à promoção do seu desenvolvimento positivo, constituindo-se como base do desenvolvimento psíquico futuro (Solmeyer et al, 2014).

1.3. Período Perinatal e a sua relação com a Ansiedade

Ao longo da vida, todo o ser humano experiencia sintomatologia característica de ansiedade. Conotada como emoção negativa, parte integrante da condição humana, a ansiedade representa-se como um conjunto de emoções que nos alertam quando algo necessita de preocupação. Assim ajuda a “responder de modo mais adequado a estímulos, uma vez que acelera os reflexos e concentra a atenção” (Rebelo & Carvalho ,2015, p.2), funcionando desta forma como algo positivo.

O termo ansiedade surge muitas vezes associado ao *stress*, como sinónimo. No entanto, são diferentes. Ansiedade é a resposta emocional subjetiva ao *stressor* e o *stress* é uma pressão externa exercida sobre a pessoa (Townsend, 2011). A ansiedade pode assim ser considerada como uma reação normal a um perigo ou ameaça, que se dissipa quando estes deixam de estar presentes. Esta torna-se uma problemática, quando se eleva a um nível que interfere com a capacidade do indivíduo em satisfazer as suas necessidades básicas (Townsend, 2011).

Diferenciar ansiedade normal e anormal, ou ansiedade patológica e não patológica, nem sempre é fácil. A normalidade da mesma é determinada pelos padrões sociais, sendo que o que é considerado normal numa determinada região ou país, pode não o ser noutro (Townsend, 2011).

Segundo Rebelo & Carvalho (2015) a ansiedade não patológica, caracteriza-se como “(...) um alarme protetor desencadeando respostas automáticas e imediatas que estimulam o ser humano a agir em modo de defesa” (p.2). Segundo Townsend (2011), a ansiedade é considerada patológica se: “for muito desproporcional em relação à situação que a cria e se interfere com o funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes do mesmo (p. 586).

Segundo a CIPE (2011), a ansiedade pode ser definida como “sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (p.39). O conceito de ansiedade em si, é algo complexo, que vai para além da sua perspetiva negativa, pois integra em si também uma perspetiva positiva, “uma vez que é responsável pelas atividades quotidianas a que o ser humano atribui menor importância como o simples levantar da cama. Se não existir um estímulo, o indivíduo não se propõe a cumprir nem a desempenhar a atividade proposta” (Rebelo & Carvalho, 2015, p.3).

As perturbações da ansiedade constituem-se como as mais comuns das doenças psiquiátricas e originam incapacidade funcional e sofrimento considerável (Townsend, 2011).

Estudos demonstram que ao longo da vida, cerca de 30% das mulheres experienciam algum tipo de perturbação ansiosa (Correia & Santo, 2017). A gravidez e transição para o novo papel parental, são habitualmente considerados um momento de felicidade e realização para a mulher. No entanto, podem constituir-se por si só como um fator desencadeante de ansiedade, no qual a mulher vive sentimentos de ansiedade relacionados com o bem-estar do bebé e o seu próprio bem-estar.

Os sentimentos como o medo, angústia, receio, que normalmente surgem como adaptativos ao papel parental (Guerra et al, 2014; Furtado et al, 2019; Brooks et al, 2019), podem tornar-se marcantes, e ter efeitos negativos, surgindo assim uma ansiedade de origem patológica (Correia & Santo, 2017).

A ansiedade generalizada e ansiedade social são os tipos de ansiedade mais identificados no período perinatal (Shi & Mac Beth, 2017). A ansiedade social é “o medo ou ansiedade acentuados ou intensos de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros” (APA, 2015, p.31), ou seja, quando exposta a situações sociais, a mãe terá medo de ser negativamente avaliada pelos outros. A ansiedade generalizada caracteriza-se por “ansiedade e preocupação crónicas não realistas e excessivas” (Townsend, 2011, p.587), na qual a pessoa tem dificuldade em controlar a preocupação e evitar pensamentos que interfiram na atenção às tarefas, ou atividades que realiza.

Heron et al, refere que em 21% de mulheres grávidas com sintomas ansiosos significativos, 64% mantiveram-se sintomáticas no pós-parto (Heron et al, 2004), realçando assim a importância da intervenção precoce. De acordo com Wenzel (2011), a ansiedade é mais comum que a depressão no período pós-parto, constituindo-se a ansiedade na gravidez como um fator de risco para a depressão no pós-parto (Nogueira, et al., 2014).

As mudanças que ocorrem neste período, a nível psicológico e fisiológico, podem causar um desequilíbrio hormonal que pode contribuir para o aumento do *stress* e ansiedade (Brooks et al, 2019). A evidência demonstra assim, a prevalência da ansiedade neste período, como uma das perturbações mentais mais comuns, a par com a depressão (Bayrampour, et al, 2018; Alipour et al, 2012)

De acordo com Furtado et al. (2019), a ansiedade pode ainda assumir, diversas formas de manifestação física, entre as quais:

(...) preocupação constante, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade ou desânimo. O aumento da frequência cardíaca, a sudorese, a presença de dor e tensão muscular, os tremores, o aumento da frequência respiratória, as tonturas, a indigestão ou até o aumento da frequência urinária” (p.622).

Assim, o diagnóstico diferencial de ansiedade no período perinatal, por todas as transformações inerentes a esta fase, torna-se algo difícil e para o qual os profissionais de saúde devem estar despertos e preparados. Para além do impacto na mãe, pode influenciar a relação mãe-bebé e os cuidados ao recém-nascido, tendo consequentemente impacto, no desenvolvimento da criança (Brandão et al, 2018; Emmanuel et al, 2021).

1.4. Promoção da Saúde Mental Perinatal

De acordo com a DGS (2005), promover a saúde mental é “potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade” (p.4).

Glover (2014), aponta o estado emocional da mulher como negligenciado no período perinatal, embora os estudos demonstrem os seus efeitos negativos, para a mãe e bebé. As mudanças inerentes a este período tornam-no como um período crítico para a sua saúde mental, constituindo-se como “desafios no decurso do seu projeto de vida, que implicam processos de adaptação para a sua resolução saudável” (Guerra et al, 2014, p.118).

A promoção da saúde mental requer “uma compreensão física, psicológica e social, principalmente durante a gravidez e o início de vida do bebé” (Correia & Santo, 2017, p.61). De acordo com Lavender et al., (2016), a saúde mental perinatal constitui-se como uma problemática para as mulheres, famílias e sociedade. As intervenções neste âmbito necessitam de estar disponíveis e acessíveis à mulher desde o início da gravidez. Estas, devem ser adequadas e ir de encontro à complexidade do papel inerente à parentalidade. A integração destas intervenções tem a capacidade de permitir a obtenção de resultados não só para a mulher, como para a família, constituindo-se como ganhos em saúde.

A promoção da saúde mental neste período é, desta forma, efetiva, implicando o desenvolvimento de cuidados “abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal” (DGS, 2005, p.4).

O apoio durante a transição pretende o restabelecimento do funcionamento prévio, mediante:

reforço de mecanismos de defesa adaptativos; adoção de medidas que visam o alívio dos sintomas; promoção do crescimento emocional, estimulando ativamente a ultrapassagem das etapas evolutivas e aquisição de maturidade emocional através da promoção da autonomia, da consolidação de uma identidade própria, do estabelecimento de uma autoimagem estável e integrada do self e da melhoria da capacidade de julgamento da realidade (Correia & Santo, 2017, p.61)

Glover (2014), realça a importância da Saúde Mental para a saúde em geral, pelo que uma avaliação do estado mental da mulher devia ser incluída no acompanhamento da gravidez. Este período, embora sendo considerado um processo natural e saudável, constitui-se como uma altura na qual desvios da normalidade podem surgir, pelo que o despiste precoce deve ser considerado, de modo a reduzir as consequências negativas para a grávida/mãe, família e criança (Guerra et al, 2014). A doença mental neste período constitui-se como um problema para as mulheres, as suas famílias e sociedade (Lavender et al, 2016). Desta forma, a promoção da saúde mental neste período visa recuperar o equilíbrio perturbado, prevenindo a sua ocorrência (Meleis, 2010). O enfermeiro encontra-se numa posição de maior proximidade, que lhe permite uma preparação não só da mãe, como da família, para este novo papel (Meleis, et al, 2000)

1.5. A intervenção do EESMP no período Perinatal

De acordo com Nogueira et al. (2014) citando Boyce & Condon (2000), a maternidade pode constituir-se como um período stressante e gerador de ansiedade devido a cinco fatores:

Grande número de fatores de stress psicossociais vivenciados pelas mulheres em todo o período perinatal; Mudanças fisiológicas e hormonais que caracterizam a gravidez e o nascimento; Exigências físicas e a dor associadas à gravidez e ao nascimento; Possibilidade de vir a ser alvo de intervenções obstétricas física e psicologicamente stressantes e aumento da probabilidade de uma perturbação psiquiátrica já existente sofrer exacerbação neste período (p.80)

Glover (2014), refere que todas as mudanças vivenciadas neste período tornam as mulheres propensas de desenvolver problemas de ansiedade, pelo que realça a importância na intervenção precoce com foco na ansiedade perinatal, sobretudo quando existe vulnerabilidade prévia para problemas deste foro.

Este período de transição constitui-se assim, como uma fase desafiante para toda a família, com impacto na saúde mental de todos os intervenientes.

Segundo Meleis (2010), as transições podem ser definidas como o período entre estados estáveis, ou seja, são considerados pontos de mudança, resultando no pressuposto de novos papéis, novas relações, que conduzem a novas auto-concepções.

De acordo com Meleis (2012), existem quatro tipos de transições:

- saúde-doença (compreende a passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença, aguda ou crónica);
- desenvolvimentais (com foco no desenvolvimento humano, compreende processos maturativos e de aquisição de novos papéis ao longo do ciclo vital);

- situacionais (relacionadas com eventos, de carácter individual ou familiar, que desencadeia mudança de papéis e adaptação à nova situação)
- organizacional (desenvolvidas em contexto ambiental e são precipitadas pela mudança na estrutura e dinâmica da organização).

A transição para a parentalidade enquadra-se na transição situacional, com a aquisição do novo papel parental. Esta fase apresenta-se como um momento de maior vulnerabilidade, que pode afetar o estado de saúde da mulher (Meleis et al, 2000). De acordo com Meleis (2012), a intervenção de enfermagem nestes processos de transição, tem atitude preventiva e de preparação para a mudança, mas também de acompanhamento durante o período de mudança e após, com o intuito de manutenção e reencontro do equilíbrio que pode ter sido perturbado pela transição.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como foco da sua ação a “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento Nº129/2011 - Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Mental, 2011). O EESMP, encontra-se numa posição privilegiada e de proximidade com o utente, tendo desta forma um papel fundamental, na deteção precoce dos sinais e sintomas de ansiedade e intervenção junto da mulher, criança e família.

A intervenção através do suporte e capacitação deste grupo, torna-se essencial à restituição e promoção da saúde mental e bem-estar não só da mulher, como da criança e da família. Segundo Darvill et al (2010), uma das variáveis descritas para o sucesso da transição é o suporte, sendo que a sua ausência aumenta a vulnerabilidade desta fase.

Assim, a intervenção de Enfermagem permite uma atuação primária e secundária: numa atuação primária, na medida que atua ao nível da redução de incidência de perturbações mentais, capacitando as mães a lidar de forma mais eficaz com todas as problemáticas desta transição; e secundária pois permite a identificação precoce de problemas e iniciar intervenção precoce.

Desta forma, o EESMP, tem um papel essencial nesta transição, atuando com base num modelo de parceria do cuidar, envolvendo a mulher no processo e promovendo a excelência do cuidar, “o enfermeiro especialista em saúde mental conjuntamente com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condições de saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17037).

1.6. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem para controle da Ansiedade Perinatal

A implementação de intervenções no âmbito psicoterapêutico de Enfermagem para controle da ansiedade neste período, torna-se assim relevante enquanto intervenção especializada de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, tanto para a mãe como para o bebê e família.

Os benefícios da sua utilização encontram-se demonstrados pela evidência, para redução de sintomas e tratamento da ansiedade. Constituem-se assim como uma medida não farmacológica com potencial terapêutico, que permite à pessoa a manutenção e/ou recuperação do seu estado de saúde (Barbui et al, 2020). A promoção da saúde mental, prevenção da instalação da doença mental e intervenção neste período, visa a recuperação do equilíbrio perturbado pelas dificuldades inerentes à transição (Meleis, 2010).

De encontro ao referido no Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) (2017), relacionando-se com a melhoria dos cuidados em enfermagem e indicadores na área de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma vez que tem inerente o desenvolvimento de ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental.

Ainda de acordo com as metas definidas no PNSM, para o ano 2020, “inverter a tendência da prescrição de medicamentos para o tratamento de ansiedade na população através da sua estabilização” (p.4), após a ansiedade ter sido identificada como uma perturbação com elevada prevalência em território nacional.

De acordo com Austin (2010), a Saúde Mental Perinatal diz respeito à saúde mental da mãe e da criança, desde a concepção até ao primeiro ano de vida pós-natal. Assim, o Enfermeiro especialista assume o importante papel como mediador na avaliação das necessidades de educação por parte das mães e satisfação das mesmas, dando resposta às suas dúvidas e incertezas. Para além da vertente educacional, a intervenção irá ter uma atuação na redução dos sintomas ansiosos que possam surgir das dúvidas. E, numa altura em que as tecnologias permitem acesso a todo o tipo de informação, cabe ao enfermeiro o papel de apoiar em escolhas adequadas e informadas.

Brooks et al (2019), refere que a psicoeducação e o relaxamento, tem benefícios para a redução de ansiedade e aumento do bem-estar neste período. Pelo que uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem com recurso a técnicas de relaxamento e psicoeducação que responda às necessidades desta população pode constituir-se como uma intervenção pertinente, de baixo custo e com elevados ganhos em saúde.

1.6.1. Relaxamento

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), o relaxamento pode ser definido como

uma técnica de relaxamento (também conhecido como treino de relaxamento) é um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stress, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stress e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde (p.16)

Segundo Townsend (2011), podem ser consideradas várias técnicas de relaxamento, tais como: o físico, exercícios respiratórios, meditação, imagens mentais, biofeedback, massagem, música, imaginação guiada, entre outros.

A aplicabilidade de técnicas de relaxamento no âmbito da saúde mental perinatal, encontra-se comprovada. De acordo com Stadlander (2017), o relaxamento pode ajudar a mulher a desenvolver um plano para reduzir as suas preocupações e aprender técnicas de relaxamento. São referidos ainda, os benefícios da prática regular de meditação, acupuntura, massagem e yoga (Beddoe & Lee, 2008; Guardino et al, 2014). A utilização do relaxamento, permite a redução do cortisol e controlo da frequência cardíaca, com consequente controlo e redução dos sintomas ansiosos (Glover, 2014).

Deste modo, atendendo às características específicas do grupo com o qual me deparei no projeto, mães em período pós-parto, a técnica selecionada foi técnica de respiração com recurso a guiões de meditação.

Para Payne (2002), a utilização de técnicas de respiração leva diretamente para o sistema nervoso autónomo, um feito que aumenta o seu potencial como método para influenciar a estimulação fisiológica. Segundo Viana (2019), a meditação “corresponde a uma prática de reclusão interior. (...) Quando centramos a atenção na observação interior, a mente esvazia-se e gradualmente tranquiliza-se, atingindo um estado de inatividade que beneficia largamente” (p.29). A prática de meditação é algo simples, sem custos associados, que permite levar a consciência das mães para a forma como respiram, proporcionando a introdução de um momento indutor de relaxamento e tranquilidade. Possibilita também dar conhecimento e treinar, capacitando as mães para a utilização de uma ferramenta, que possam utilizar em momentos de maior ansiedade, criando um curto espaço 5-10 minutos do seu dia dedicados a si mesmas.

Segundo Payne (2002), entre os benefícios da meditação podemos encontrar: uma maior compreensão de si mesmo; relaxamento e paz interior; maior clareza de pensamento e melhoria da concentração; viver em harmonia consigo mesmo, através da descoberta do seu “eu”; compreensão das suas emoções e auto-percepção, vivendo o presente e valorando o aqui e agora. O planeamento destas sessões teve assim por base, esta introspeção, permitindo às mães mapear os seus comportamentos internos e externos, bem como apreender técnicas que lhes permitam estar atentas ao seu corpo, para se reajustar e atingir o resultado esperado: autocontrolo dos sinais e sintomas de ansiedade (Diana, F.& Mendes, R., 2020).

1.6.2. Psicoeducação

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), a psicoeducação pode ser definida como

Uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento - é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. Por exemplo, o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença (p.15)

Para Lemes & Neto, 2017, a psicoeducação “é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre o seu tratamento” (p.17). Torna assim, possível o desenvolvimento de uma intervenção no âmbito da prevenção da ocorrência de doença mental.

Para Houghton (2007) & Townsend (2011), a psicoeducação é considerada uma intervenção para redução da ansiedade, dando aos utentes a oportunidade de discutir as suas dificuldades com alguém interessado e compreensivo. Permite desta forma aumentar o entendimento da pessoa sobre as situações causadoras de ansiedade.

Para além disso, o período perinatal constitui-se como uma etapa de aquisição de novas tarefas parentais. A procura de informação é uma atitude característica das mães e pais, pelo que a necessidade de informação urge. Desta forma, a informação acerca das tarefas parentais, pode surgir como estratégia redutora da ansiedade, mas também capacitadora. Na medida em que permitirá o esclarecimento de dúvidas inerentes às tarefas parentais, eliminando ou reduzindo eventuais factores de *stress*.

De acordo com Halford & Petch (2010), a psicoeducação tem um potencial considerável para melhorar a adaptação dos casais à paternidade e melhorar a sensibilidade e capacidade de resposta dos pais, atenuando os desafios inerentes à transição neste período. Desta forma, a psicoeducação pode incluir a informação educacional, mudanças na família e casal, medo e ansiedade, o parto, maternidade, e preparação para o parto (Brooks et al, 2019).

De acordo com Meleis et al (2000), “conhecimento é empoderamento para a aqueles que o desenvolvem, aqueles que o utilizam e aqueles que beneficiam dele” (p. 13). A compreensão das propriedades e características inerentes ao processo de transição para a parentalidade irá contribuir para a promoção da saúde mental neste período e capacitar as mães para responder positivamente a este momento. Assim, a psicoeducação apresenta-se enorme relevância neste sentido, uma vez que permite empoderar e capacitar a mulher para a gestão da ansiedade, contribuir para o reajuste emocional e comportamental com ênfase na adaptação e com ganhos para a saúde mental.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, foram desenvolvidos em contexto de estágio, organizado em dois contextos diferentes: internamento e comunitário. Decorreu durante um período de dezoito semanas, realizado entre outubro de 2021 e fevereiro de 2022.

2.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

O presente capítulo apresentará uma breve descrição dos contextos de estágio e as atividades desenvolvidas nos mesmos, tendo em vista o desenvolvimento de competências do EESMP. Serão apresentadas as competências a atingir e os contributos de cada contexto para o desenvolvimento das mesmas.

O primeiro contexto foi o de **internamento**, realizado num Hospital no distrito de Lisboa, destinado aos cuidados a jovens e adolescentes. Este serviço, recebe crianças em regime de internamento com idades compreendidas entre os 6 e 18 anos. Favorece uma intervenção multidisciplinar, através da criação e manutenção de um ambiente terapêutico. As intervenções realizadas podem ser de carácter individual ou em grupo e família. É constituído por quartos individuais e partilhados, existindo um quarto denominado “quarto dos colchões”, dedicado a intervenções especializadas em momentos de crise. Faz parte integrante do serviço ainda um refeitório, três casas de banho (das quais uma é dedicada a crianças com necessidade de vigilância permanente), sala comum, sala dedicada a atividades lúdicas e o ginásio (na qual se realizam diariamente as sessões de: cineterapia, terapia pela arte, psicoeducação, dança e movimento, auto-cuidado, expressão dramática e relaxamento, programadas uma para cada dia da semana e, dinamizadas por um EESMP. Apresenta ainda salas de trabalho, gabinetes de consultas e reuniões.

O segundo contexto, **comunitário**, foi realizado, em consulta, numa unidade especializada em Saúde Mental na primeira infância. Formada por uma equipa de 3 pedopsiquiatras, 1 psicóloga clínica, 2 EESMP e 1 terapeuta ocupacional. Existe, neste contexto, um programa de consulta conjunta (com a equipa de pediatria do desenvolvimento) para bebés com idades inferiores a 3 anos cujo motivo de referência ao centro sejam sinais de dificuldades na relação e comunicação/ suspeita de perturbação do espectro do autismo atípica precoce. Integrado no serviço encontra-se o grupo de mães, que surgiu da necessidade de suporte emocional às mães no período perinatal e é dinamizado por um EESMP e uma Psicóloga.

De acordo com o regulamento de **competências específicas do EESMP**, este “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”, focando-se a sua intervenção “(...) na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p. 21427).

Assim, a OE, descreve quatro competências especificadas do EESMP, que passarei a apresentar de seguida. Torna-se importante ressaltar que fruto das experiências vivenciadas em cada contexto, algumas competências foram mais desenvolvidas do que outras. No entanto, as essências da profissão de Enfermagem requerem desenvolvimento, atualização e um aperfeiçoamento destas mesmas competências, que virão decorrentes da experiência que decorrerá com o trabalho desenvolvido na área.

Relativamente à **primeira competência específica do EESMP**, considero que esta foi uma das competências que mais notoriamente desenvolvi ao longo do meu estágio. Para o desenvolvimento desta primeira competência muito se encontra espelhado nos jornais de aprendizagem que fui criando, retratando na perfeição esta jornada de crescimento enquanto pessoa e Enfermeira. Estes, foram elaborados de acordo com o ciclo de *Gibbs*, permitindo-me refletir de uma forma estruturada sobre as situações vivenciadas.

Se numa fase inicial refleti acerca de como me sentia “despida”, sendo que toda a minha experiência assenta numa realidade na qual a “tarefa” assume uma posição tão importante, funcionando como ponte para estabelecer a relação terapêutica com o utente. Nesse início, a utilização do “eu” como instrumento terapêutico foi assustadora, tendo sido fruto de reflexão, que não se inclui neste relatório devido ao seu carácter muito pessoal. À medida que fui descobrindo mais sobre mim, pude conhecer-me melhor e conhecer melhor o outro. E, foi fascinante e empolgante esta descoberta, permitindo-me olhar para mim e para o outro, como nunca o fiz. Se no início não sabia “o que fazer com as mãos”, no final, conseguia sem dúvida utilizar os recursos que trazia dentro de mim e mobilizá-los para verdadeiramente cuidar do outro, permitindo-me encontrar-me de outra forma com o meu “eu” profissional. E, apreciar, desfrutar desta nova realidade. Apercebo-me agora de como o meu “eu” está presente nos momentos de relação, guiado pelo eu profissional, para ajudar o outro.

Este percurso para o desenvolvimento desta primeira competência de EESMP, fez-me refletir acerca do que é realmente ser Enfermeiro e o que é ser Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiátrica (SMP). Talvez nesta fase do meu percurso, não fosse pertinente esta reflexão. No entanto, julgo que se tornou essencial a todo o percurso que se seguiu, para melhor compreensão dos diferentes papéis inerentes a ser Enfermeiro.

De acordo com *Peplau* (1991), para o outro, o enfermeiro é: um estranho, o técnico, o professor, o líder, o substituto e o conselheiro. Pelo que considero, que a minha reflexão não é de todo descabida. De facto, se refletirmos, ser enfermeiro é assumir os diferentes sub-papéis inerentes da profissão e adequá-los a cada momento. Passei de estranho na fase inicial do meu percurso em ambos os contextos, para uma fase de desenvolvimento e aprofundamento dos diversos sub-papéis, sobretudo o de professor e conselheiro. Neste último papel, o enfermeiro de SMP, representa uma intervenção essencial, através da compreensão da totalidade da sua situação atual, associada às suas experiências de vida, com base numa perspetiva holística do cuidar.

Considero que numa fase inicial, julguei demasiado as minhas capacidades, ou criticado a minha atuação em determinados momentos de formas muito rígidas. A relação terapêutica constitui-se como uma “experiência mutuamente significativa” (Townsend, 2011, p.122), ou seja, requer que cada um veja o outro como “ser humano”. Dentro desta minha descrição prévia, vi isso como uma “falha”, nesta minha perspetiva de querer fazer tudo de forma perfeita. No entanto, esta perspetiva, é essencial à relação terapêutica, pelo que o considero que trabalhei, de modo a balancear, a demonstração da minha vulnerabilidade, pois isso pode comprometer o desempenho do meu papel enquanto Enfermeira. No entanto, ser autêntico e empático, são essenciais à construção de uma relação terapêutica com base na confiança mútua.

Desta forma, considero que esta primeira competência contribuiu em muito para o desenvolvimento da relação terapêutica, a par com a comunicação. E, sendo Enfermeira há cerca de 10 anos, com pouca experiência na área da Saúde Mental, criticava demasiado as capacidades e aprendizagens que trazia comigo, como se estas fossem insuficientes. Do que trazia comigo, considero que os Enfermeiros que trabalham em áreas “gerais” como eu, têm tendência a “esconder-se”, habitualmente por detrás das técnicas, não estando habituados a esta exposição constante. Daí sentir por vezes um cansaço extremo, que advém claro, das horas de sono em dívida, decorrentes do estágio, mas também, desta confrontação com o eu, e deste conhecimento de mim e do outro.

Neste sentido, esta primeira competência permitiu-me trabalhar também a gestão das minhas próprias emoções, à medida que estas iam surgindo. Esta tomada de consciência das minhas próprias emoções, que me permitiu assimilar e regulá-las, de modo a guiar o meu pensamento e ação, durante a relação com o outro. Segundo Goleman (2020), denominada de autoconsciência emocional, representando o reconhecimento de como “(...) as nossas emoções modelam as nossas perceções, pensamentos e atos” (p.63).

Os momentos de reflexão junto dos orientadores, foram também um ganho para o meu desenvolvimento, permitindo-me tomar melhor consciência de mim, enquanto pessoa e

Enfermeira. Permitindo-me trabalhar as dificuldades que iam surgindo, tais como a questão da assertividade na comunicação com a população jovem e as minhas inseguranças iniciais, que se foram transformando. Esta consciência possibilita-nos também gerir os fenómenos de transferência e contratransferência, que inevitavelmente encontramos no cuidado ao outro, levando-nos a atingir os objetivos terapêuticos definidos para o cuidar.

No cuidar do outro em Saúde Mental, esta consciência de nós torna-se essencial, guiando-nos para uma melhor compreensão dos fenómenos de doença/sofrimento mental daqueles que encontramos. Confrontarmo-nos com histórias de vida complexas, sofrimento mental e o inesperado, em cada encontro com o outro, requer que esta competência de autoconhecimento seja tão importante, permitindo-nos gerir as nossas emoções, comportamentos e agir isentos de juízos de valor. Cada um destes “encontros”, com que me confrontei ao longo do estágio, tão diferentes entre si, e observar a forma como cada um vive o sofrimento mental de formas também elas tão diferentes, mediante aquilo que é, aquilo que viveu e aquilo que quer viver. Julgo que a disponibilidade para estar, foi mais importante do que a disponibilidade para dizer ou fazer, e isto era algo que me incomodava tanto no início, quando olho para trás. É curioso perceber que quando nos libertamos dessa preocupação, conseguimos dar mais de nós mesmos na relação com o outro.

Fui conhecendo mais sobre este mundo da Saúde Mental, percebendo o quanto este medo que trazia, se encontrava tão ligado ao desconhecido, e ao estigma associado à doença mental. Percebi isto maioritariamente no trabalho da Ligação, desenvolvido nas consultas. Levando-me a questionar, se tratar de todos sem estigma ou preconceito, sem juízos de valor, se tratava apenas de uma competência do enfermeiro de cuidados gerais, ou apenas e só de uma competência do EESMP? Quando é que estes conceitos se cruzam? E quando é que se separam? Ou devem andar de mãos dadas, para cuidar do outro, que é na realidade uma competência comum a todos nós, Enfermeiros.

Cuidar do outro não como gostaríamos de ser cuidados, mas cuidar do outro, como ele gostaria de ser cuidado, tendo por base os seus princípios, valores, crenças e as suas escolhas...não as nossas. A comunicação e, mais uma vez o tempo que dispomos para ouvir o outro e nos permite realmente ajudá-lo. E, sinto de facto este trabalho como tão importante. Percebo, o quanto a nossa concentração no “fazer”, nos cega e não nos permite olhar o outro como um todo. Agora, que me desligo deste “fazer” e tiro tempo para estar, ouvir...percebo que esta cegueira, esta venda sobre os nossos olhos, compromete o cuidar do outro como um todo. Ou seja, para cuidar da saúde física do outro, não podemos separá-lo da sua saúde mental.

E, isto, transformou-me enquanto profissional no meu próprio contexto, que é no fundo um contexto privilegiado, pelos rácios de enfermeiro por doente. Por vezes, considero que o meu pensamento, ou as minhas emoções se possam tornar repetitivas ao longo deste percurso, mas sinto que todas elas se foram encaixando, permitindo-me reconstruir enquanto profissional e enquanto pessoa. E, talvez por isso considere que desenvolvi tanto esta competência, porque na realidade foi como se esta venda caísse e me permitisse realmente ver tudo pela primeira vez.

Relativamente à **segunda e terceira competências específicas do EESMP**, considero que estas se relacionam entre si. Ambas dizem respeito à apreciação das necessidades de saúde mental, através de uma apreciação global da história da pessoa e família e processo de enfermagem. Permitindo a formulação de diagnósticos, definição de intervenções e resultados esperados, implementação e avaliação dos mesmos.

Neste âmbito, considero que foram essenciais ao desenvolvimento desta competência, a pesquisa bibliográfica realizada acerca dos cuidados à pessoa em sofrimento mental relacionados com a psicopatologia. Esta pesquisa tornou-se fundamental à correta apreciação dos jovens/crianças, identificação das necessidades e planeamento das intervenções.

Foram também importantes: a participação nas reuniões semanais de equipa em ambos os contextos; assistir e participar nas passagens de turno; os momentos de intervenção individual junto dos jovens no internamento; com as famílias, nos momentos de visita; em consulta com os pais e os seus bebés; com as mães e os seus bebés no trabalho desenvolvido pela ligação e no grupo de mães, permitindo-me mobilizar ganhos apreendidos do desenvolvimento da primeira competência, que considero ser transversal e dissociável de todas as outras. Atendendo à sensibilidade cultural, respeitando os costumes, princípios e valores de quem encontrava, adequando a linguagem a cada pessoa e família, de acordo com a sua individualidade.

Considero que a observação do outro, da sua comunicação verbal e não verbal foi importante para a avaliação global das necessidades da pessoa. Neste âmbito, considero que os registos de observação e interação realizados em contexto comunitário tiveram enorme relevância. Permitindo-me desenvolver através da observação, a colheita de dados essencial a uma correta avaliação das necessidades de saúde mental da criança e família. No âmbito do meu projeto, de acordo com Ribeiro et al., (2014), através do registo de interação livre do comportamento, olhar, toque, expressões faciais, a colheita de dados importantes para avaliação da relação mãe-criança e o desenvolvimento infantil. Sendo que, os registos de interação são posteriormente apresentados em reunião de equipa, na qual os participantes não têm qualquer tipo de dado, torna-se relevante a precisão da descrição da cena, tendo por isso sido um desafio. A discussão entre equipa do caso posteriormente à leitura do registo é

igualmente relevante, permitindo a discussão das diferentes opiniões, que permite delinear uma intervenção para a criança e família.

As intervenções de Enfermagem delineadas no internamento e comunidade tiveram em conta todos estes aspetos. Para consolidação desta competência, foram também essenciais as entrevistas de colheita de dados realizadas, permitindo uma apreciação clínica da pessoa que respondesse às suas necessidades, formulando diagnósticos, planeando e implementando intervenções com esse fim.

Esta competência foi desenvolvida através da prestação de cuidados, das intervenções de Enfermagem planeadas e não planeadas, e também através da realização do Estudo de Caso. O estudo de Caso não é colocado no presente relatório, tendo em conta a proteção de dados do jovem, atendendo aos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão. De acordo com o artigo 85º, “Dever do Sigilo”, alínea d), da Deontologia Profissional de enfermagem “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.78).

No Estudo de Caso foram realizadas várias entrevistas para colheita de dados do jovem e pais, em momentos de visita, permitindo uma melhor compreensão do processo de doença do jovem e planeamento da intervenção. Para além disso, a sua realização, bem como todo o percurso e trabalho a si inerente contribuiu para desenvolvimento da primeira competência do EESMP, levando-me a tomar consciência de mim enquanto pessoa e Enfermeiro na prestação de cuidados. Contribuindo para um conhecimento do outro em profundidade, mas também conhecimento acerca de mim. Nesse sentido, considero ter sido muito importante.

Ao trabalhar com o jovem e a sua família, foi também possível compreender os fatores protetores e bloqueadores da dinâmica familiar e trabalhar estas questões. Assim, indiretamente, pude perceber qual o impacto que o estado emocional da mãe tem no processo da criança e restante família, indo assim, de encontro ao projeto de estágio. Percebendo, que não se trata de dar soluções, mas encontrar formas de ultrapassarem as dificuldades em conjunto, guiando neste sentido para encontrarem as suas próprias soluções.

Foi utilizada a Linguagem CIPE, na formulação dos diagnósticos de Enfermagem e processo de enfermagem, de forma a uniformizar a linguagem utilizada.

Para o estabelecimento da relação terapêutica, teve contributo o desenvolvimento de estratégias de comunicação e intervenção em crise. A intervenção em crise, foi maioritariamente trabalhada no internamento, embora também o tenha sido em momentos da Ligação, na comunidade. Aliado à mobilização de “si”, no processo terapêutico, percebi a

importância da intervenção individualizada e de grupo. Percebi que o percurso de recuperação é longo...não nos basta estalar os dedos e aparece. E, esse trabalho é desafiante e intenso. O EESMP está lá para ajudar a ultrapassar esses obstáculos.

Compreendi ainda a importância de pedir ajuda, de como os jovens, as mães com as quais me cruzei neste caminho, confiaram, expressaram as suas emoções de forma a permitir que observássemos as suas vulnerabilidades, inerentes à forma como cada um pedia ajuda. Deparei-me em momentos com a palavra compaixão, pois não fiquei indiferente ao sofrimento do outro, reconheci-o e isso permitiu-me conectar com o outro, sem julgamento e com base na aceitação, este olhar o outro que é cada vez mais um verdadeiramente “olhar”.

A **terceira competência específica do EESMP** foi desenvolvida através das intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducativo, realizadas em grupo, ou momentos individuais. Tendo por base o projeto de estágio definido, as intervenções delineadas em internamento coincidiram com as intervenções que planeava desenvolver em contexto comunitário. Considerando a minha inexperiência neste tipo de intervenções, foi importante o planeamento inicial no internamento, permitindo-me um maior à vontade no contexto comunitário, num grupo mais restrito e já consolidado.

No **internamento**, existem intervenções de âmbito psicoterapêutico definidas diariamente. Numa fase inicial, observei e participei em algumas dessas sessões: Dança e Movimento (com a temática “Dançar o Outono”), psicoeducação (com a temática “autoestima”) e Relaxamento (Guião de Imaginação Guiada). As três despoletaram em mim sentimentos diferentes, tendo sido alvo de reflexão nos jornais de aprendizagem pela sua importância para o percurso.

Para além destas três sessões previamente descritas, que ocorreram nas primeiras semanas, participei e colaborei como co-terapeuta numa sessão de Psicoeducação com a temática acerca do “Sono”, Auto-Cuidado com a temática “Cuidar de mim e Cuidar dos Outros” e Terapia pela Arte com a temática “As minhas relações” dinamizada por uma colega de Mestrado. Participei ainda numa sessão de cineterapia (com o filme “Divertidamente”) e terapia pela arte (com a temática “se eu fosse uma casa”).

Nas sessões que posteriormente planeei e dinamizei, sempre com participação e supervisão do EESMP do contexto, estas tiveram em conta a avaliação das necessidades dos jovens. Neste sentido, essas necessidades foram de certa forma coincidentes com as do meu projeto em contexto comunitário, permitindo-me direcionar a minha intervenção junto desta população para a problemática da ansiedade. Observar e participar como co-terapeuta em algumas sessões foi igualmente importante. Perceber que todos nós somos diferentes, mesmo enquanto profissionais, e permitindo-me aprender com cada um deles, nas áreas que

cada um tem mais gosto e competência para trabalhar. Participar em parceria com uma colega de mestrado foi também muito importante, pois possibilitou que lhe transmitisse segurança, através da compreensão de que as suas inseguranças são também as minhas.

Em contexto de internamento foram planeadas duas sessões de relaxamento e uma sessão de psicoeducação com a temática da “Ansiedade”. Para avaliação dessas mesmas sessões foi criada uma grelha de avaliação/Registo da sessão. Esta foi criada, tendo como base a avaliação da observação dos participantes e aplicada às diversas atividades desenvolvidas nos dois contextos. Para o planeamento das sessões foi desenvolvido um trabalho de pesquisa, apresentado no planeamento de cada sessão. As sessões foram delineadas tendo por base o plano terapêutico dos jovens e, tentando incentivá-los a participar de forma ativa no seu processo terapêutico. Sendo que algumas sessões eram de carácter obrigatório, como o relaxamento, era desafiante observar posturas tensas, inquietude, na condução das sessões. Aprender a confiar na orientadora enquanto co-terapeuta nestes momentos e, em mim mesma enquanto terapeuta, nas sessões que participei foi igualmente importante para o sucesso das atividades desenvolvidas.

O planeamento, implementação e participação das sessões, supervisionada por um EESMP, permitiu-me “treinar” esta minha competência enquanto futura Especialista, sendo estas fundamentais ao processo de recuperação do doente com doença mental. A população na qual a intervenção foi desenvolvida, constituiu-se sem dúvida, como um desafio, em termos de comunicação e assertividade. Sendo que a minha experiência é em contexto de adultos, trabalhar com jovens foi desafiante, no sentido em que estabelecer uma relação de confiança é diferente. Pelas características inerentes ao período da adolescência e, como patologia prevalente as perturbações do comportamento alimentar, chegar a estes jovens era bastante difícil e requereu uma pesquisa constante de estratégias para contornar esta dificuldade. Estas, foram ultrapassadas com o apoio dos orientadores, sendo que no final do estágio a comunicação se foi tornando mais fácil.

As sessões elaboradas para a implementação do projeto em contexto **comunitário**, junto do grupo de mães serão aprofundadas mais adiante no relatório, no capítulo dedicado ao projeto, tendo sido igualmente relevantes para o desenvolvimento desta competência.

As reflexões, quer com os orientadores, docente orientador e equipa foram igualmente relevantes, permitindo-me adequar a minha intervenção e perceber o que podia melhorar em cada uma delas. Sinto que a minha confiança foi crescendo, à medida que o meu conhecimento também se ia desenvolvendo. Desta forma, quando me vi confrontada com um grupo já formado, criado, no qual a relação terapêutica com as dinamizadoras já se encontrava numa fase diferente da minha, considero que me senti mais segura nas minhas ações. Desta

forma, julgo que ter iniciado o meu percurso no internamento foi essencial ao desenvolvimento das minhas competências.

Esta última competência do EESMP, apresenta-se como essencial à recuperação psicossocial da pessoa portadora de doença mental, pelo que estas estratégias, visam a adoção de mudanças de comportamento na pessoa. Neste sentido, estas intervenções permitem dotar a pessoa de capacidades para enfrentar as adversidades que encontrará após a alta, e atingir assim o equilíbrio necessário à manutenção da sua saúde. Daí a importância de uma correta avaliação das necessidades, que lhes permita tirar “frutos” para que possam aplicar após a alta. A avaliação constituiu-se como importante neste sentido, uma vez que permite re-estruturar a intervenção, sempre que seja necessária incluindo a pessoa no seu processo terapêutico.

Assim, o período de estágio permitiu adquirir e consolidar as competências do EESMP. Os períodos e contextos de estágio foram bastante enriquecedores nesse sentido, dotando-me assim de competências essenciais ao cuidar especializado do outro.

2.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Descritas acima as competências do EESMP, existem competências comuns a todos os especialistas, independentemente da sua área de especialização. O presente capítulo apresentará uma breve descrição dos contextos de estágio e as atividades desenvolvidas nos mesmos, tendo em vista o desenvolvimento de competências do EE. Serão apresentadas as competências a atingir e os contributos de cada contexto para o desenvolvimento das mesmas.

A disciplina de Enfermagem requer por parte do profissional uma constante atualização, permitindo um agir com base na excelência do cuidar e tendo em conta evidência científica atual. Segundo Alarcão & Rua (2005), o conceito de disciplina pressupõe “(...) um domínio especializado do conhecimento com o seu próprio objeto de estudo, a sua metodologia, as suas leis” (p.374). Neste sentido, a competência pode definir-se como “a capacidade de agir em situação, o que implica manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376). Relacionando-se desta forma com o conhecimento, e os limites do próprio saber, a competência constitui-se como a mobilização da ação, e a aprendizagem contínua como fator essencial.

Segundo a OE, o EE, pode ser definido como “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744). No que diz respeito às competências comuns, são quatro os domínios preconizados pela OE (2019): responsabilidade profissional, ética e

legal, melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, considero que é um domínio que se encontra em constante desenvolvimento, como regulador e condutor da ação, de acordo com o Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros (REPE) e a Deontologia Profissional.

A especificidade das competências específicas do EE, tornam-no detentor de uma melhor consciência de si, pelos processos de autoconhecimento decorrentes da sua prática. Neste sentido, a consciência e reconhecimento, do profissional que “sabe de onde vem e para onde vai e o que faz e porque faz” (Nunes, p.21), constituem-se como a fonte do agir. A reflexão centrada no agir, constituem-se como o cerne da Enfermagem e essencial quando nos confrontamos com questões éticas na nossa prática diária. Desta forma, considero que as competências específicas de EESMP me permitiram desenvolver esta competência em particular pelo caminho de autoconhecimento pessoal e profissional percorrido. E, tendo em conta o estigma da sociedade em torno da patologia psiquiátrica e as suas características específicas, me permitiu intervir tendo em conta a vulnerabilidade destes utentes. As reflexões realizadas ao longo dos dois contextos de estágio, nas quais fundamentei a ação com base em evidência, são ilustrativas do desenvolvimento desta competência.

No domínio **da melhoria contínua da qualidade**, saliento o planeamento e liderança, das sessões desenvolvidas. Estas, resultaram de uma avaliação das necessidades, pesquisa bibliográfica e análise, que permitiu planeamento e implementação. A discussão dos projetos desenvolvidos, com o docente, Enfermeiro orientador e equipa nos diferentes serviços foi essencial, permitindo uma resposta eficaz as problemáticas identificadas e um envolvimento de toda a equipa.

Ainda neste domínio, encontramos o ambiente seguro e terapêutico, que em Saúde Mental, se constituem com enorme relevância. Deparam-nos nesta vertente com o termo *Milieu Therapy*, ou, ambiente terapêutico, cujo objetivo é “manipular o ambiente de modo que todos os aspetos da experiência hospitalar do cliente sejam considerados terapêuticos” (Townsend, 2011, p.201). Assim, o meu primeiro contacto com o este termo foi durante o internamento, no qual todo o ambiente era adaptado ao processo terapêutico dos jovens, requerendo a sua participação ativa e visando a criação de mudanças comportamentais que permitam a otimização da sua saúde. Desta forma, participar no plano terapêutico destes jovens permitiu desenvolver competências neste domínio, e contribuir para um ambiente seguro através da prevenção de comportamentos de risco.

No domínio da **gestão dos cuidados**, a observação dos Enfermeiros orientadores nos diferentes contextos relevou-se muito importante, no que toca às suas experiências neste domínio de gestão dos cuidados e recursos disponíveis. Tanto no internamento, como na comunidade, de entre os estilos de liderança existentes, considero que o estilo participativo foi o que mais observei, através da participação ativa de todos os profissionais na tomada de decisão. Desta forma, para além de contribuir positivamente para os cuidados prestados, através da reflexão inerente à discussão dos casos, fomenta um ambiente positivo entre os profissionais envolvidos.

No domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** encontramos o autoconhecimento e assertividade, sendo que o autoconhecimento se relaciona com a primeira competência do EESMP, já tendo sido abordada neste relatório.

A saúde Mental requer uma mobilização do “eu” profissional para o cuidar do outro, nestes processos, o autoconhecimento torna-se fundamental. A relação de ajuda é algo muito complexo e exigente na mobilização do “eu” enquanto recurso. Esta confrontação com as emoções do outro, requer uma aprendizagem, na utilização dos nossos recursos pessoais e profissionais, de forma a utilizá-los da melhor forma possível. Neste sentido, os dois contextos foram ricos em experiências em vivências, permitindo-me processos de autorreflexão constantes.

Neste percurso de autoconhecimento e reflexão, a constante pesquisa realizada, com recurso a bases de dados e bibliografia, frequência em alguns *Webinar*, permitiram-se aprofundar conhecimentos nas diversas áreas e relacioná-los com a prática.

2.3. Competências de Mestre

Relacionando-se com a disseminação do conhecimento, encontramos as competências de mestre, que se inicia com a defesa do presente relatório de estágio.

A participação no Congresso Internacional, *European Conference on Mental Health*, no qual participei com uma comunicação livre sobre o projeto de estágio delineado e a participação, em grupo, no Congresso Internacional de Saúde Mental com o Poster “O relaxamento como técnica de redução da ansiedade da pessoa com doença mental”, de modo a realçar a importância desta área específica para a Saúde Mental e o papel das intervenções psicoterapêuticas como estratégia para redução de ansiedade.

Neste sentido, as competências de mestre através da disseminação do conhecimento encontram-se com enorme relevância para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, pelo que considero continuar a contribuir para este crescimento através do desenvolvimento de projetos de investigação e ciência de Enfermagem no futuro.

Todas as vivências experienciadas durante o estágio foram cruciais para a aquisição das competências, permitindo-me lidar com situações complexas e delinear a ação com base na evidência científica e procurando a excelência do cuidar.

3. A INTERVENÇÃO DO EESMP NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PERINATAL

3.1. Apresentação da Problemática

Este capítulo visa a apresentação de toda a metodologia para elaboração do projeto de estágio. Este surge através da necessidade de suporte às mães para controlo da ansiedade no período perinatal, que se constitui como período de mudanças significativas (Shi & MacBeth, 2017). A parentalidade pode ser considerada como um papel altamente complexo e exigente, do ponto de vista emocional, físico e cognitivo (Janisse, Barnett & Nies, 2009).

Os momentos de transição, no qual esta fase se enquadra, têm sido identificados como uma altura propícia ao emergir de sintomas ansiosos, para além de outros, tais como: desconforto, medo, vergonha, culpabilidade, desorganização funcional (Meleis, 2010). Tais fatores, contribuem para a dificuldade em assumir a responsabilidade ao novo papel inerente à parentalidade. Desta forma, a ansiedade pode surgir como um dos sintomas que dificultam a transição da mulher para o papel parental, com consequente impacto na vida familiar e desenvolvimento da criança.

Brooks *et al* (2019) refere que a intervenção psicoterapêutica de enfermagem, tal como a psicoeducação e o relaxamento podem aumentar o bem-estar materno e reduzir os sintomas de ansiedade. A intervenção junto deste grupo específico, prende-se com o facto de esta fase ser um período de grande vulnerabilidade, quer para a mulher, família e criança, no qual o EESMP pode desempenhar um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde mental quer da mãe, quer da criança, através da promoção positiva do desenvolvimento infantil. Assim, a especificidade da intervenção na saúde mental precoce podendo prevenir a ocorrência e instalação da patologia em si, foi algo que me cativou e motivou a iniciar este projeto. A sua proposta e desenvolvimento teve, como base, a aquisição das competências do EESMP e competências comuns do EE.

Dentro das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem, Stadlander (2017), aponta o relaxamento como uma técnica que pode ajudar a mulher a desenvolver um plano para reduzir as suas preocupações. Segundo Lemes & Neto (2017), a psicoeducação permite relacionar instrumentos psicológicos e pedagógicos, com a vertente de educação.

Assim, a bibliografia encontrada demonstrou a pertinência de delinear uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem, baseada na utilização de técnicas de relaxamento e psicoeducação, tendo como foco na ansiedade neste período.

O presente Trabalho será desenvolvido utilizando a Metodologia de Projeto, que segundo Ruivo et al (2010), se baseia

(...) numa investigação centrada no problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (p.2).

Uma vez que a intervenção enquanto EESMP deve ser sustentada pela evidência científica, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com recurso às bases de dados (MEDLINE e CINAHL) e literatura cinzenta.

Assim, o desenvolvimento do projeto assenta no metaparadigma transformativo, uma vez que reconhece “(...) nas pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhe dizem respeito e que, inicialmente, eram de única e exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde” (Ribeiro et al., 2018, p.3). A sua base é também suportada pela teoria das transições de Afaf Meleis, uma vez que para os Enfermeiros, o desafio se encontra em compreender “(...) os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem as pessoas a recuperar a estabilidade e o bem-estar” (Ribeiro et al., 2018, p.3). Esta perspetiva permite atender não só às necessidades das mães, como da família e da criança, tendo em atenção o ambiente que os rodeia e assentando numa perspetiva holística do cuidar.

3.2. Objetivos

Como objetivos gerais, o projeto apresenta: realizar intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem para mães com foco na ansiedade, através da realização de sessões de relaxamento e psicoeducação, e adquirir competências comuns do EESMP.

Seguidamente apresento os objetivos específicos:

- Adquirir competências específicas do Enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Identificar as necessidades /fatores desencadeantes da ansiedade através da observação/partilha nas primeiras sessões;
- Planear atividades psicoterapêuticas para controlo de ansiedade das mães;
- Realizar atividades psicoterapêuticas para controlo de ansiedade das mães;
- Desenvolver uma prática reflexiva e tomada de consciência na prestação de cuidados especializados enquanto EESMP.

3.3. Caracterização do Grupo

Consiste num grupo aberto, habitualmente referenciados através da consulta, ou da linha de SOS Saúde Mental do Bebê em vigor na instituição. De carácter voluntário, não existindo obrigatoriedade de presença semanal. Durante o desenvolvimento do meu estágio, era constituído por oito bebés e as suas mães, sendo que um dos pais também estava presente. A tabela abaixo, representa a caracterização do grupo, com a idade da mãe, bebés, profissões, intercorrências durante a gravidez ou trabalho de parto e principais preocupações da mãe.

Idade do bebé	Idade da mãe	Nº filhos	Profissão	Intercorrências durante gravidez/ parto/outros	Principais Preocupações da mãe
1 mês	32 a	Primípara	Psicóloga	Sem intercorrências	Bebé chora muito
6 Meses	35 a	Múltipara	Contabilista	Nasceu com baixo peso	Bebé chora muito
19 meses	34 a	Primípara	Fisioterapeuta	Prematuro 34 s+ 4d	Bebé chora muito
18 meses	34 a	2º filho	Enfermeira	Sem intercorrências	Relação com o irmão mais velho
20 meses	35 a	1º filho	Marketing (desempregada)	FIV	Bebé não dorme
17 meses	29 a	1º filho	Fisioterapeuta	Sem intercorrências	Cansaço materno
16 meses	33 a	1º filho	Hospedeira	Mãe com DPP	Relação mãe – bebé
7 meses	32 a	1º filho	Enfermeira	Sem intercorrências	Bebé chora muito

Tabela 1 – Caracterização do Grupo.

Da tabela acima apresentada, podemos concluir que os bebés que frequentam o grupo apresentam idades compreendidas entre um e vinte meses; as mães apresentam idades compreendidas entre os 29 e 35 anos de idade; maioritariamente primeiro filho; das profissões destaca-se que a maioria das mães apresentam curso superior, licenciatura; dois dos bebés tiveram intercorrências durante o parto (prematuridade e baixo peso à nascença), sendo importante realçar que uma das mães sofreu de depressão pós parto e uma das mães recorreu a uma Fertilização *in Vitro* (FIV), sendo mãe solteira. As principais preocupações das mães prendem-se com o choro, sono e relação (mãe-bebé, mãe-irmão).

3.4. Diagnóstico de Situação

De acordo com Rebelo & Carvalho (2015), existem manifestações ansiosas que podem ser detetadas diretamente pelos profissionais de saúde, podendo estas ser de vários domínios: somáticos, cognitivos, emocionais e comportamentais. Existem ainda características que podem ser detetadas indiretamente, através de instrumentos de avaliação.

Para diagnóstico de situação, foi recorrido a manifestações diretas, adquiridas através da observação do grupo nos primeiros dias de participação e, discussão com a Enfermeira orientadora do contexto.

Tendo em conta a situação pandémica, causando volatilidade na assiduidade das mães no grupo, o possível cancelamento devido à COVID-19, o reduzido tempo para a intervenção, a par com ser um grupo reduzido, já pré-existente com uma rotina de partilha e confiança pré-estabelecida, optei pela não utilização de escalas para avaliação dos sintomas de ansiedade. O facto de não de tratar de um estudo de eficácia da intervenção contribuiu também para a opção de não utilizar escalas. Este aspeto constituiu-se como um desafio, por dificultar uma análise mais objetiva, mas implicou uma maior atenção da minha parte através da observação, tendo-se traduzido como um aspeto positivo.

Desta forma, a colheita de dados foi feita através da verbalização de sintomas ansiosos e manifestação de sinais e sintomas de ansiedade. Decorrente da observação, todas as mães apresentavam dificuldades relacionadas com o sono, regulação emocional, bem como dificuldades relacionadas com o autocuidado e autoestima, no período pós-parto.

De acordo com Mercer (2004), tornar-se mãe implica a transição do que é conhecido, para uma nova e desconhecida realidade. Esta transição implica mudança e a construção de uma nova conceção de si mesma para as mães. Neste sentido, torna-se perceptível as dificuldades existentes à construção deste novo papel, e encontrar tempo para cuidar de si mesmas, enquanto seres individuais pode tornar-se difícil para a maioria das mães, quando todo o seu tempo é dedicado a responder às necessidades do bebé. De acordo com Jevitt et al., (2012), muitas mulheres referem sentimentos de perda de identidade neste período, com a chegada do novo membro da família. Desta forma, o apoio na construção da identidade maternal torna-se crucial para o desenvolvimento psicossocial da mulher (Mercer, 2004).

Para além de todos os desafios inerentes ao novo papel parental, as redes sociais representam atualmente um papel preponderante na vida das mães. Com o crescimento dos *influencers* digitais, houve um crescimento de partilha de conteúdos que se inserem na partilha das suas experiências e crenças pessoais, podendo atingir até cerca de 50 mil visualizações diárias (Germic et al., 2021). Com aspetos positivos, permitindo a criação de relações, encontrar espaços para discutir assuntos em comum e procura de aconselhamento (Moujaes & Verrier, 2021).

No entanto, existem também aspetos menos positivos associados à utilização das redes sociais, de acordo com Germic et al., (2021), existe relação entre as mães que usam estas fontes em busca de informação acerca do papel parental e uma baixa crença nas suas habilidades parentais, abrindo assim caminho para o impacto do uso da internet neste

período. Os ideais de maternidade atualmente, levam os pais a continuamente se comparam com as imagens inatingíveis de paternidade, vistas nas redes sociais. Embora considerem que são pouco realistas e inatingíveis, continuam a fazer essa comparação, podendo despoletar nas mães sentimentos de insuficiência e fracasso, mas também, ter impacto negativo no humor e imagem corporal (Germic et al., 2021; Moujaes & Verrier, 2021). De acordo com Moujaes & Verrier (2021), existe relação entre a ansiedade materna e a utilização do Instagram, maioritariamente baseada na comparação social, no desempenho do seu papel parental e autoestima.

Desta forma, torna-se evidente o papel da pressão social no aparecimento ou agravamento dos sintomas ansiosos. Para além desta, o *blues* no pós-parto, é frequente, ocorrendo em cerca de 13,7% a 76% das mulheres (Rezaie-Keikhaie et al., 2020). Sendo considerado uma reação normal às alterações fisiológicas nesta fase, é expectável que remitam de forma espontânea após alguns dias. Quando este se mantém, pode indicar um sinal de alerta para o qual os profissionais de saúde têm de estar despertos, sendo essencial a intervenção na saúde mental da mulher neste período (Rezaie-Keikhaie et al., 2020).

3.5. Planeamento das Sessões

As intervenções foram planeadas com base nos dados recolhidos, cruzados com a evidência encontrada e, posteriormente delineado um plano de intervenção adequado às necessidades das mães, em articulação com Enfermeira orientadora, docente orientador, e condições encontradas no contexto de estágio. Estas foram desenvolvidas, tendo como foco as necessidades do grupo, mas também a aquisição das competências do EESMP, permitindo a compreensão dos processos de sofrimento, alteração da perturbação mental e as suas implicações para o seu projeto de vida.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017)

A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (p.2)

Seguidamente apresento o Cronograma das atividades Planeadas:

Ano	2021		2022							
Mês	Dezembro		Janeiro				Fevereiro			
Dia	7	13	4	11	18	25	1	8	15	22

Tabela 2 - Cronograma de Atividades planeadas

	Observação/Integração		Grupo cancelado (sem participantes)
	Sessão de Relaxamento		Sessão de Psicoeducação

Para colheita de dados e observação, bem como integração no grupo, foram preconizados dois dias, enunciados no cronograma de atividades acima representado. Estes dias permitiram a realização da colheita de dados, necessária ao diagnóstico de situação e posterior planeamento das atividades/intervenção junto das mães.

Seguidamente a tabela resume os sinais e sintomas de ansiedade observados no grupo nas primeiras sessões, tendo sido posteriormente realizado o planeamento das sessões em função destes:

Principais Sinais e sintomas de Ansiedade Observados
Dificuldade em dormir/insónia
Irritabilidade/nervosismo
Dificuldade em relaxar
Insegurança face ao desempenho do papel parental
Diminuição da auto-estima

Tabela 3 – Principais sinais e sintomas de ansiedade observados.

As sessões de relaxamento realizaram-se nas datas apresentadas em cronograma, tendo sido planeadas quatro sessões e realizadas apenas três sessões. Devido às restrições relacionadas com a pandemia Covid-19, por membros do grupo se encontrarem infetados no período acima enunciado, de um a 15 de fevereiro não foram realizadas sessões por número de elementos insuficiente (ausência de participantes). Desta forma, foi planeada uma quarta sessão de Relaxamento e uma terceira sessão de psicoeducação, que não foram implementadas, devido às restrições que impossibilitaram a realização da mesma.

Atendendo às características específicas do grupo e os principais sinais e sintomas de ansiedade observados, a técnica de relaxamento selecionada, foi a meditação com recurso a técnicas de respiração. A escolha, aliada ao suporte da evidência, prendeu-se como facto de já ser um grupo previamente constituído, com número de participantes ligeiramente reduzido, no qual a relação de confiança com os técnicos já se encontrava estabelecida. Este fator constituiu-se como desafiante numa fase inicial, tendo sido ultrapassada a dificuldade através da discussão das preocupações com a Enfermeira orientadora e o Docente orientador. O planeamento de sessões de curta duração e que pudessem ser utilizadas como recurso no domicílio foi também tido em consideração na escolha. Já as sessões de psicoeducação tiveram como temática: sono, ansiedade e autocuidado e autoimagem, atendendo aos dados colhidos na observação do grupo nas primeiras sessões.

Seguidamente apresento uma tabela com as sessões planeadas e as temáticas das mesmas:

Sessão de Relaxamento	Data de Realização	Temática
Nº1	18.01.22	Respiração Consciente
Nº2	25.01.22	Libertar os pensamentos
Nº3	22.02.22	Meditação compassiva
Nº4	Não realizada	Meditar a andar
Sessão de Psicoeducação	Data de Realização	Temática
Nº1	04.01.22	Sono
Nº2	11.01.22	Ansiedade
Nº3	Não realizada	Autocuidado e autoimagem

Tabela 4 – Planeamento das sessões de relaxamento e psicoeducação.

Os planos de sessão foram elaborados com a respetiva justificação da intervenção. As sessões de relaxamento ocorreram nos dias dezoito, vinte e cinco de janeiro e 22 de fevereiro. As sessões de psicoeducação decorreram nos dias quatro e onze de janeiro. Foram também realizados planos de sessão para as três sessões realizadas.

As sessões de psicoeducação foram apresentadas de forma “informal”, sem recurso a *Power Point*, tendo este aspeto sido desafiante na medida em que não tinha um suporte digital e dada a minha inexperiência neste tipo de intervenção. No entanto, este aspeto foi ultrapassado, uma vez que a discussão gerada em torno dos tópicos se tornou enriquecedora, permitindo abordar questões importantes para o grupo, que a existência do suporte digital talvez não o tivesse permitido.

3.6. Apresentação dos Resultados

Para avaliação das sessões foi criada uma grelha de avaliação/registo de atividade, onde são apresentados os seguintes parâmetros: temática; objetivos; participantes; análise da participação através da observação; sentimentos observados e verbalizados; posturas observadas e avaliação global da sessão. As grelhas de avaliação das sessões de relaxamento e psicoeducação desenvolvidas, foram criadas para aplicação no contexto de internamento com base na observação dos participantes. As mesmas, foram aplicadas nas atividades desenvolvidas em contexto comunitário às diferentes atividades, correspondendo à avaliação das sessões de relaxamento e psicoeducação.

Relativamente aos principais sinais e sintomas de ansiedade verificados através da colheita de dados inicial, foi evidenciada a redução dos mesmos com recurso às técnicas de relaxamento e psicoeducação selecionadas, embora os dados sejam limitados uma vez que as sessões realizadas foram em número reduzido.

Principais Sinais e sintomas de Ansiedade Observados	Principais resultados da observação nas sessões de relaxamento e psicoeducação.
Dificuldade em dormir/insónia	Sentimentos de frustração, relacionados com a qualidade do sono dos bebés. Qualidade do sono do bebé relacionada com a fraca qualidade do sono materno.
Irritabilidade/nervosismo	Adoção de Fácies tranquilo/sereno, coincidente com a postura corporal, nas sessões de relaxamento. Observado momento envolvimento com o bebé, que dormia sobre o peito, de olhos fechados, fácies tranquilo, numa postura de aparente tranquilidade.
Dificuldade em relaxar	Observação da alteração postural ao longo das sessões, tensão (corpo e fácies), dissipados ao longo da sessão, com a adoção de fácies e postura mais tranquilos.
Insegurança face ao desempenho do papel parental	Foram verbalizados como causadores de ansiedade “medo de não ser boa mãe” (sic), “receio do que os outros pensam quando ele está a chorar e não consigo perceber o

	porquê” (sic) e “receio de perder a paciência” (sic).
Diminuição da auto-estima	Referência a sentimentos de perda de identidade no pós-parto, falta de tempo para auto-cuidado e preocupações com alterações da imagem corporal.

Tabela 5 – Sinais e sintomas de ansiedade e resultados observados.

3.7. Discussão dos Resultados

Relativamente **análise da participação através da observação**, todos os participantes aderiram às dinâmicas propostas tanto nas sessões de relaxamento como de psicoeducação. A não adesão por parte dos participantes, poderia ter-se constituído como uma das limitações à realização das sessões e inviabilizar todo o projeto, no entanto, esta não se verificou.

Entre **os sentimentos observados/verbalizados**, foram observados em todas as **sessões de relaxamento**, momentos de frustração, relacionados com a inquietude dos bebés, interrupção da sessão e partilha das experiências pessoais, estes foram ultrapassados recorrendo às co-terapeutas, colaborando quando os bebés estavam mais inquietos, e progressivamente à medida que a sessão ia decorrendo. Foram também observados momentos de sorriso no rosto e tranquilidade na maioria dos participantes.

Relativamente às **posturas observadas**, as posturas de tensão (corpo e fâcies), foram prevalentes no início das sessões em todos os participantes. Estas foram-se dissipando à medida que a sessão de relaxamento ia decorrendo, tendo progressivamente sido adotado um fâcies tranquilo/sereno, coincidente com a postura corporal. Na terceira sessão de relaxamento foi observado numa das mães, momento de envolvimento com o bebé, que dormia sobre o peito, de olhos fechados, fâcies tranquilo, numa postura de aparente tranquilidade.

Como **avaliação global**, das sessões de relaxamento, na primeira sessão um dos participantes refere “não acreditar nestes exercícios” e que “é difícil relaxar” (sic). No entanto refere que os exercícios respiratórios já a ajudaram em outros momentos de maior ansiedade e *stress*, realçando os benefícios destas técnicas e demonstrando interesse em retomar uma prática regular. A relação de confiança já existente no grupo, permitiu que as mães desfrutassem das sessões, confiando nas co-terapeutas para cuidar dos seus bebés por momentos, permitindo-lhes desfrutar das sessões. As participantes realçaram como ponto positivo, a curta duração das meditações, permitindo a sua aplicação no domicílio. No entanto referem ser mais fácil a aplicação das mesmas com recurso a um dinamizador externo, que as conduza na sessão. Este facto realça a importância da existência de programas

direcionados ao controlo da ansiedade das mães nesta fase. Os sons, emitidos pelos bebés durante as sessões perturbou numa fase inicial, mas este foi-se dissipando e as mães referiram conseguir concentrar-se no som da voz e música utilizada.

Entre **os sentimentos observados/verbalizados**, foram observados nas sessões de **psicoeducação**, momentos de frustração, relacionados com a qualidade do sono dos bebés. Foram verbalizados como causadores de ansiedade “medo de não ser boa mãe” (sic), “receio do que os outros pensam quando ele está a chorar e não consigo perceber o porquê” (sic) e “receio de perder a paciência” (sic). Observados momentos de ternura e afeto, enquanto uma das mães partilhava as suas experiências ansiosas, tendo uma referido “existem momentos em que olho para ele e tudo desaparece, outros que olho e só me apetece desaparecer, é um mar de emoções” (sic).

Relativamente às **posturas observadas**, nas sessões de psicoeducação, as posturas de tensão (corpo e fâcias), foram observadas nos momentos de partilha, relacionados experiências pessoais, que se foram dissipando, adotando os participantes fâcias tranquilo/sereno, coincidente com a postura.

Como **avaliação global**, das sessões de psicoeducação, na sessão do sono, foi encaminhada uma das mães para a procura de ajuda diferenciada, quando as estratégias não farmacológicas se demonstraram insuficientes. Uma das mães realçou a utilização de terapias complementares como benéfica para o sono do seu bebé e consequentemente o seu bem-estar e melhoria do padrão do sono. Na sessão acerca da ansiedade, as mães manifestaram já ter experienciado sintomas de ansiedade relacionados com o bem-estar do seu bebé e desempenho do papel parental, tendo na sua maioria referido a opinião dos outros como importante e com influência nas suas inseguranças enquanto mães.

De uma forma geral as sessões de relaxamento e psicoeducação demonstraram benefícios no controlo da ansiedade na população, no entanto, realça também a necessidade da condução de mais estudos relativos à ansiedade neste período de grande vulnerabilidade para a mulher, criança e família. A necessidade da existência de programas direcionados a esta necessidade das mães é também um fator a realçar, com relevância na intervenção especializada do EESMP, capacitando as mães para ultrapassar esta transição e restaurando o equilíbrio conturbado pela mesma.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com o Livro Verde da Comissão das Comunidades Europeias (2008): “É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como a integração na escola, no trabalho e na sociedade. É ela que contribui para a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades” (p.4). Desta forma, considero que a promoção e prevenção da saúde mental apresentam-se com enorme relevância. A intervenção em idades precoces e no período perinatal, pode prevenir a instalação da patologia e facilitar o desenvolvimento positivo da criança, capacitando-os para a adoção de comportamentos saudáveis.

Segundo Fortin (1996), “qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” (p.113). Desta forma, considero que foram tomadas medidas para proteger os direitos e liberdade das crianças e famílias com as quais me cruzei ao longo deste estágio: direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e prejuízo; respeito pela justiça e equidade; respeito pelos valores humanos.

Enquanto Enfermeiros assumimos o compromisso de cuidado outro, tendo por base a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana. E, este princípio ético prende-se com a autonomia, algo relevante na área da saúde mental. O anonimato das crianças, mães e famílias, foi assegurado ao longo do projeto, não tendo sido utilizado nenhum dado que permitisse a identificação da pessoa ou história relatada, o que implicou que neste relatório não apresentasse o estudo de caso, cujos conteúdos poderiam enriquecer este trabalho. Relativamente ao direito à proteção contra desconforto e prejuízo, este prende-se com o princípio da beneficência, o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. Neste sentido procurei tanto nos cuidados à criança como às mães e família, assegurar este princípio, não incorrendo no paternalismo e, assegurando a liberdade da mesma. No respeito pela igualdade e equidade, cuidando de cada pessoa sem distinção, sem juízos de valor. Entrando assim, no respeito pelos valores humanos, prestado cuidados sem discriminação, com respeito pelos direitos quer dos jovens e crianças internados, quer das mulheres no período pós-parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo visa elaborar uma síntese dos aspetos apreendidos ao deste período de estágio/projeto, mas também refletir criticamente acerca dos mesmos. São os momentos de reflexão que nos permitem crescer e desenvolver, pelo que analisar o que foi apreendido se torna relevante para o término deste caminho. Este exigiu um extenso trabalho de pesquisa, de construção de todo o projeto e intervenções delineadas.

Os locais de estágio, profissionais e pessoas com as quais me cruzei neste meu percurso foram favorecedores do desenvolvimento das competências de EESMP, retratado neste relatório nos jornais de aprendizagem, planeamento das sessões e momentos de reflexão. A primeira competência, destaco como sendo basilar, e que se relaciona com todas as outras, pelo que foi aquela em que mais me procurei desenvolver, e com a qual mais me surpreendi. Trazendo-me um grande conhecimento acerca de mim mesma e do outro, e permitindo-me mobilizar todas as competências apreendidas no cuidar do outro que se apresenta diante de mim, “despida” das técnicas a que vinha tão habituada na minha prática enquanto enfermeira generalista.

O contacto com as crianças/jovens e o grupo de mães e famílias, nos meus dois contextos de estágio, realidade muito diferente da minha prática clínica até então, permitiram-me redescobrir enquanto profissional e construir-me enquanto especialista, trazendo-se assim em ganhos profissionais e pessoais.

A Enfermagem é uma “práxis”, cuja finalidade é “o bem-estar de outros seres humanos, de acordo com os projetos de saúde e vida que eles mesmos demandam – então, esta não é uma finalidade científica ou técnica, mas de ordem moral; ou seja, assenta num conceito moral básico (a preocupação com outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências requeridas dirigem-se para responder a esta finalidade” (NUNES, 2011, p.43).

Como enfermeira há cerca de nove anos, o meu percurso encontra-se ainda no início, no entanto acredito que fazer a diferença está dentro de cada um de nós, e é da responsabilidade também de cada um de nós. Assim incluir esta definição de Enfermagem fez-me agora mais sentido que nunca, após conclusão desta etapa para me tornar EESMP, pois aliado à experiência que deste estágio e projeto permitiu-me uma maior compreensão do que é ser Enfermeiro e, mais especificamente do papel que o EESMP tem nas organizações de saúde e impacto na recuperação e manutenção da saúde mental das pessoas com que se cruza.

Com um interesse pessoal na área da promoção da Saúde Mental e prevenção da doença mental, o projeto de estágio surgiu através da necessidade de suporte às mães

para controlo da ansiedade no período perinatal, um momento de transição, considerado como um dos mais exigentes e complexos do ponto de vista emocional, físico e cognitivo (Janisse, Barnett & Nies, 2009).

Identificada assim como uma altura propícia ao emergir de sintomas ansiosos, mas também de grande vulnerabilidade para a mulher, considero que embora a curta duração da intervenção, foi possível ver alguns ganhos para este grupo. Realçando a importância do trabalho já pré-existente, desenvolvido pela EESMP do contexto, permitindo a este grupo a criação de um espaço seguro, de partilha e aconselhamento, visivelmente tão importante.

Assim, chegado o fim deste percurso, considero que o facto de a amostra do grupo ser reduzida, o curto tempo para a intervenção e o facto de nos encontrarmos a atravessar uma situação atípica, com a pandemia, condicionou os resultados obtidos. No entanto, considero que os objetivos inicialmente definidos foram alcançados, permitindo obter através da observação das sessões aspetos positivos da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem com recurso ao relaxamento e psicoeducação, para as mulheres que frequentaram o grupo. Todavia, dado o acima enunciado, não é possível afirmar que os benefícios se centram apenas na intervenção delineada, uma vez que as outras variáveis já existentes no grupo previamente, podem ter contribuído para este aspeto.

Em suma, considero que o trabalho desenvolvido me permitiu desenvolver as competências enquanto EE, EESMP e Mestre, mas também contribuir para a disciplina de Enfermagem, demonstrando os ganhos em saúde para este grupo numa fase de grande vulnerabilidade, capacitando estas mulheres para a recuperação do equilíbrio perturbado pela transição, que se representa como uma das mais desafiantes na vida da mulher e família.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*, 25(3), e37–e43. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002>
- American Psychiatric Association (2015). *Guia de Referência Rápida para os Critérios de Diagnóstico – DSM-5*. 5ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, Lda
- Astrup, J. (2019). *Mindful From the Start? Community Practitioner*, 92(4), 14–16. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=136206318&site=ehost-live>
- Austin, M. (2010). Classification of mental health disorders in the perinatal period : future directions for DSM-V and ICD-11. 41–44. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0110-5>
- Barbui, C.; Purgato, M.; Abdulmalik, J.; Acarturk, C.; Eaton, J.; Gastaldon, C.; Gureje, O.; Hanlon, C.; Jordans, M.; Lund, C.; Nosè, M.; Ostuzzi, G.; Papola, D.; Tedeschi, F.; Tol, W.; Turrini, G.; Patel, V.; Thornicroft, G. (2020). *Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review*. *Lancet Psychiatry*. 7(2): 162-172
- Beddoe, A. & Lee, K. (2008). *Mind-body interventions during pregnancy*. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(2), 165-175. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00218
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bayrampour, H., Vinturache, A., Hetherington, E., Lorenzetti, D. L., & Tough, S. (2018). *Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 476–503. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1492097>
- Brandão, T., Brites, R., Nunes, O., Pires, M., & Hipólito, J. (2018). Anxiety and depressive symptoms during pregnancy, perceived control and posttraumatic stress

- symptoms after childbirth: A longitudinal mediation analysis. *Journal of Health Psychology*, 25(13–14), 2085–2095. <https://doi.org/10.1177/1359105318787018>
- Brazelton, T. B. (2000). *Tornar-se Família - o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Terramar - Editores.
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 600–604.
- Brooks, E. , & Wilson, D. (2019). *Reducing Stress and Anxiety During Pregnancy*. *International Journal of Childbirth Education*, 34(1), 23–26. <http://ezproxy.staffs.ac.uk/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=133869711&site=ehost-live>
- Brum, E. & Schermann, L. (2004). *Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 457–467. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232004000200021>
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Quarteto Editora.
- Canavarro, M. ; Pedrosa, A. (2005). *Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas*. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Editora Fim de Século.
- Colman, L.; Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Edições Colibri.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2008). *LIVRO VERDE- Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. 12.
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2* (Ordem dos Enfermeiros).
- Correia, D.; Santo, M. (2017). *Saúde Mental na Gravidez e Puérperio*. Lidel Edições.
- Cruz, O. (2005). Parentalidade. In Quarteto (Ed.), *Quarteto* (1ªed.).
- Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. *Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition*. *Midwifery*.

- 2010, Vol. 26, 3, pp. 357-366.
- DGS (2005) – *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de Saúde*. Lisboa: DGS. Isbn: 972-675-121-7
- DGS. (2017). *Programa Nacional de Saúde Mental 2017. DGS - Programa Nacional Da Saúde Mental*.
- Diana, Freitas; Mendes, R. (2020). *Treino de Autocontrolo*. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª edição, pp. 196–197).
- Duarte, N. (2021). *Superar Ansiedade: Um Manual para conquistar uma vida calma*. 1ª ed. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 978-989-8975-98-0
- Emmanuel, J., Andrade, C., Isadora, M., Lima, F., Ívina, P., Silva, O., Morato, L. E., Augusta, M., & Sobreira, S. (2021). *Ansiedade na fase perinatal: revisão de literatura Anxiety in the perinatal stage: literature review Ansiedad en la etapa perinatal: revisión de la literatura*. 2021, 1–8.
- Fortin, Marie-Fabienne (1996). *O processo de Investigação: da cocepção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X
- Furtado, A.; Machado, P.; Carneiro, M. (2019). *A técnica de Imaginação Guiada na gestão da ansiedade materna durante a gravidez: revisão integrativa*. *Enfermeria Global*, 621–633.
- Germic, E. R., Eckert, S., & Vultee, F. (2021). The Impact of Instagram Mommy Blogger Content on the Perceived Self-Efficacy of Mothers. *Social Media and Society*, 7(3). <https://doi.org/10.1177/20563051211041649>
- Glover, V. (2014). *Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome: What needs to be done*. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Guardino, C., Dunkel, C., Bower, J. & Smalley, S. (2014). *Randomized controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy*. *Psychology and Health*, 29(3), 334-349. doi :10.1080/08870446.2013.852670.
- Goleman, D. (2020). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (T. e D.-C. dos Leitores (ed.); 9ªed.).
- Guerra, M. , Braga, C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). *Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1,

117–124.

Halford, W. & Petch, J. (2010). *Couple psychoeducation for new parents: Observed and potential effects on parenting*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 164–180. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0066-z>

Hayes, D., Moore, A., Stapley, E., Humphrey, N., Mansfield, R., Santos, J., Ashworth, E., Patalay, P., Bonin, E. M., Moltrecht, B., Boehnke, J. R., & Deighton, J. (2019). *Promoting mental health and wellbeing in schools: Examining Mindfulness, Relaxation and Strategies for Safety and Wellbeing in English primary and secondary schools: Study protocol for a multi-school, cluster randomised controlled trial (INSPIRE)*. *Trials*, 20(1), 4–8. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3762-0>

Heron, J., O'Connor, T. , Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample*. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>

Houghton, S., & Saxon, D. (2007). *An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice*. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 107–110. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.010>

Janisse, H; Barnett, D.; Nies, M. (2009). *Perceived energy for parenting: a new conceptualization and scale*. *Journal of Child Family Studies*, 18 (3), 312-323

Jevitt, C. M., Groer, M. W., Crist, N. F., Gonzalez, L., & Wagner, V. D. (2012). Postpartum stressors: A content analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(5), 309–318. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.653658>

Lavender, T. J., Ebert, L., & Jones, D. (2016). *An evaluation of perinatal mental health interventions: An integrative literature review*. *Women and Birth*, 29(5), 399–406. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.004>

Lei n.º156/2015, 16 de setembro - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico.

Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e Parentalidade* (Fim de Século (ed.)).

Marçal, Maria Teresa – *A Compaixão Uma Dimensão Ética Do Cuidar Em Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica, 1994. Dissertação de Mestrado.

Meleis, A. , Sawyer, L. , Messias, D. , & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range situation specific theories in nursing and practise*. (Springer Publishing company (ed.)).

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing- Development & Progress* (5^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>

Moujaes, M., & Verrier, D. (2021). Instagram use, InstaMums, and anxiety in mothers of young children. *Journal of Media Psychology*, 33(2), 72–81. <https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000282>

Nogueira, Vasco; Marques, Mariana; Roque, Carolina; Pereira, T. (2014). Ansiedade Perinatal. In L. Lidel - Edições Técnicas (Ed.), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 77–99)

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem.Fundamentos e Horizontes*. (L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas (ed.)).

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 356/2015. Diário da Republica. 2^a serie, nº 122, 25 de Junho de 2015. *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental*, p. 17034- 17041

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e pquiátrica. Leiria.

Palha, J., & Palha, F. (2018). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, 3, 6–12. <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>

Payne, R. (2002) – Técnicas de Relajación: Guía Práctica. 3^a ed. Barcelona: Editorial Paidotribo. ISBN: 84-8019-298-4

Rebelo, S., & Carvalho, J. C. (2015). *Ansiedade : Intervenções de enfermagem*. January 2014.

- Regulamento nº129/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, Pub. L. No. Diário da República: II série, nº35, 8669 (2011). <https://dre.pt/application/conteudo/3477018>
- Regulamento nº140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Diário da República: II série, nº26, nº26 Diário da República, 2ª série 4744 (2019).
- Regulamento nº515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Pub. L. No. Diário da República: II série, nº151 (2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Mental health, mother-child interaction and development at the end of the first year of life. *Paideia*, 24(59), 331–339. <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201407>
- Rocha, F., Hara, C., & Paprocki, J. (2015). Doença Mental e Estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 590–596. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Shi, Z., & MacBeth, A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Maternal Perinatal Mental Health Outcomes: a Systematic Review. *Mindfulness*, 8(4), 823–847. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0673-y>
- Solmeyer, A. R., Feinberg, M. E., Coffman, D. L., & Jones, D. E. (2014). *The Effects of the Family Foundations Prevention Program on Coparenting and Child Adjustment: A Mediation Analysis*. *Prevention Science*, 15(2), 213–223. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0366-x>
- Stadtlander, L. (2017). *Anxiety and Pregnancy*. *International Journal of Childbirth Education*, 32(1), 32–34
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (L. Lusociência- Edições Técnicas e

Ciêntificas (ed.); 6ªed.).

Viana, M. (2019) – *ABC da Meditação: Aprenda a sentir a respiração da alma*. Amadora: Editora Nascente. ISBN: 978-989-8873-77-4

Wenzel, A. (2011). Anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period. In A. Wenzel, & S.

Stuart (Eds.), *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment* (pp. 21–35). Washington, DC: