

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiátrica

Um olhar sobre os Afetos:

Promoção da vinculação na tríade

mãe - bebé prematuro - pai

Marlene Celeste Ortiga de Carvalho

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiátrica

Um olhar sobre os Afetos:

Promoção da vinculação na tríade

mãe - bebé prematuro - pai

Marlene Celeste Ortiga de Carvalho

Professora: Patrícia Pereira

2013



“O casal é bem mais do que a simples soma aritmética de uma mãe e mais um pai. A saúde mental da criança, a sua capacidade para resistir a tensões e conflitos, emerge do espaço virtual promotor do desenvolvimento que os pais, enquanto casal, conseguem criar na relação, única e irrepetível, que constroem com aquele filho”.

João dos Santos

RESUMO

Atualmente os casais deparam-se com novas realidades, novos desafios e responsabilidades. A coexistência dos subsistemas, conjugal e parental, é um desafio para o casal. Quando o bebê nasce prematuro acresce o desafio, uma vez que aumenta a vulnerabilidade dos pais, neste processo de transição para a parentalidade.

Assim, desenvolveu-se um projeto com o tema “Um olhar sobre os afetos: Promoção da vinculação na tríade mãe-bebê prematuro-pai”, sustentado segundo o modelo teórico de Afaf Meleis - Teoria das Transições. Como objetivos definiu-se: desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental e desenvolver competências na promoção da relação mãe-bebê prematuro-pai.

Para promover a relação de vinculação dos pais com o bebê prematuro realizou-se intervenções individuais e em grupo, criando relação de confiança e aproximando-se dos pais partindo de diferentes abordagens. Identificou-se as necessidades do casal de adaptação à parentalidade, estimulou-se as diferentes formas de comunicação com o bebê (falar, cantar, escutar música, embalar), sensibilizou-se para os diferentes tipos de choro, promoveu-se o aleitamento materno e incentivou-se ao toque (desde que a situação clínica o permita). Desenvolveu ainda momentos de partilha, em grupo, permitindo da exteriorização de sentimentos e emoções, ajudando os pais na adaptação ao novo ambiente - neonatologia. Este grupo ajudou a reforçar os pontos pessoais positivos dos pais, possibilitando o desenvolvimento saudável do papel de pai/mãe, proporcionando bem-estar.

Palavras-chave: transição, vinculação, parentalidade, prematuridade, enfermeiro especialista em saúde mental

ABSTRACT

Actually couples are faced with new realities, new challenges and responsibilities. The coexistence of subsystems, marital and parental leaving, is a challenge for couple. When the baby born premature, it is added a new challenge, since increases the vulnerability of parents in this process of transition to parenthood.

So, it was developed a project with the theme "A look under affects: attachment promotion of the triad mother-preterm infant-father", sustained by Afaf Meleis theory - Transitions Theory. As goals were defined: develop skills of nurse specialist mental health and increase skills in the promotion of the mother-preterm infant-father.

To promote the attachment relationship of parents with premature infant it was made an individual and group interventions, creating a trust and approaching parents starting from different approaches. Identified couple needs adaptation to parenthood, was stimulated different forms of communication with the baby (talk, sing, listen to music, wrapping), sensitized to the different types of crying, was promoted breastfeeding and encouraged to touch (since the clinical situation allows). Developed further sharing moments together allowing the externalization of feelings and emotions, helping parents adapting to the new environment - neonatology. This group helped to encourage the positive personal points of parents, enabling the healthy development of the role of father / mother, providing welfare.

Keywords: transition, attachment, parenthood, prematurity, mental health specialist nurse

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
PARTE I	6
1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA	6
Justificação e pertinência do projeto	6
Enfermeiro especialista em saúde mental - competências	9
2. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	11
3. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	23
PARTE II	24
4. PLANO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	24
5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	25
1º Momento de estágio.....	25
Objetivos	25
Atividades desenvolvidas.....	25
2º Momento de estágio.....	32
Objetivos	32
Atividades desenvolvidas.....	32
3º Momento de estágio.....	36
Objetivos	36
Atividades desenvolvidas.....	36
6. RESULTADOS OBTIDOS - REFLEXÃO DO PERCURSO.....	42
7. QUESTÕES ÉTICAS.....	58
8. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	59
9. QUESTÕES EMERGENTES E SUGESTÕES	60
10. CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	70
APÊNDICES.....	76

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º curso de mestrado de especialização em saúde mental e psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposto a elaboração de um relatório que espelhe a organização, descrição e reflexão da aplicação de um projeto e das respetivas atividades desenvolvidas em vários momentos de estágio. Esta narrativa consiste no culminar de uma fase num processo formativo com vista à aquisição de competências pessoais e profissionais, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, com o intuito de repercussões positivas na prática profissional.

A parentalidade é um período de mudança e instabilidade para todos os homens e mulheres que decidem serem pais. Para promoverem a adaptação à paternidade/maternidade, os pais precisam de adquirir comportamentos e aptidões para lidar com as mudanças e desequilíbrios desta nova etapa. Neste sentido, os pais devem explorar o seu relacionamento com o bebé e redefinir as relações existentes entre eles mesmos (WILLIAMS, 1999 e EDWARDS, 2002). Quando o bebé nasce prematuro os pais também se tornam "pais prematuros" e esta transição para a parentalidade torna-se num maior desafio.

Assim, o tema do projeto desenvolvido intitulou-se de “Um olhar sobre os Afetos: Promoção da Vinculação na tríade mãe-bebé prematuro-pai”, tendo objetivos ligados ao desenvolvimento de competências na área de enfermagem de saúde mental e à promoção da relação de vinculação mãe-bebé prematuro-pai.

Este projeto sustentou-se no Modelo Teórico de Afaf Meleis - Teoria das Transições - e em pesquisa baseada na revisão da narrativa suportada em evidência científica pesquisada na interface EBSCO.

Os estágios foram desenvolvidos em três fases num hospital de Lisboa e Vale do Tejo.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes. Na primeira parte é feita

uma abordagem acerca da problemática referindo a sua pertinência e justificação, bem como as competências do enfermeiro especialista e a sua contribuição para este trabalho. Realiza-se um enquadramento concetual de transição para a parentalidade das vivências de pais com bebés prematuros, tendo como teórica norteadora Afaf Meleis. Destaca-se ainda, nesta parte, os objetivos e a finalidade do projeto.

Na segunda parte encontra-se a metodologia de trabalho, onde é exposto o plano de implementação do projeto nos diversos estágios desenvolvidos. Surgem descritas e justificadas as atividades desenvolvidas em cada momento de estágio. Nos resultados realiza-se uma reflexão acerca do percurso efetuado tendo em conta os objetivos previamente estabelecidos, bem como uma reflexão acerca das competências adquiridas. São explanadas as questões éticas que se colocaram ao longo do estágio, bem como uma reflexão acerca de questões que emergiram ao longo do trabalho. Na conclusão elabora-se uma reflexão final sobre a importância e o impacto dessas experiências práticas no percurso formativo como futura enfermeira especialista em saúde mental.

As referências bibliográficas são elaboradas segundo a norma portuguesa, NP 405. Deste relatório, também fazem parte alguns apêndices e anexos no sentido de complementar e enriquecer os conteúdos apresentados ao longo deste trabalho.

PARTE I

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

Justificação e pertinência do projeto

A problemática de partida deste projeto prendeu-se com a vulnerabilidade e dificuldade no processo de transição para a parentalidade sentida pelos pais de bebés prematuros.

A escolha deste tema teve várias motivações. Numa interpretação pessoal havia uma sensibilidade prévia para o tema, uma vez que no final da licenciatura foi realizado um estudo qualitativo acerca da perturbação da vinculação e as suas consequências no desenvolvimento da criança. Numa vertente profissional prendeu-se com o facto de atualmente trabalhar no serviço de puerpério de uma maternidade em que se observa a dificuldade das mães e pais em se adaptarem à parentalidade tendo uma criança prematura. Numa perspetiva académica este é um tema que nos últimos anos tem sido alvo de atenção de especialistas, pelo que cada vez mais começam a surgir resultados de trabalhos de investigação em diferentes áreas de conhecimento. Socialmente o conceito de parentalidade tem vindo a evoluir e o número de bebés prematuros em Portugal tem vindo a aumentar.

O olhar sobre a parentalidade, o papel materno e o papel paterno têm-se modificado com o tempo. Nos nossos dias, a maioria dos mitos e rituais do passado ligados à gravidez e ao parto como sejam o apoio por alguém da família durante a gravidez e a ajuda na relação com o bebé após o nascimento, sobretudo quando da vivência da primeira experiência de maternidade, não são realizados. Estes rituais tinham uma função de diminuir as angústias, aumentar a proteção e atenção da mãe.

De acordo com o relatado pelas mães no puerpério e corroborado por Bayle (2006), apesar das leis no sentido de aumentar o tempo disponível para a parentalidade terem aumentado é um facto que, ter um filho, no contexto social atual, parece ter-se tornado mais complicado, por um lado pela alteração da

estrutura familiar onde, muitas vezes, o casal vive só, a alguns quilómetros da sua região de origem, sem ter apoio nenhum, por outro lado, algumas mães podem sentir-se sós à saída da maternidade, sobretudo quando não há um sistema de apoio para a nova fase com o bebé (BAYLE, 2006) (ANEXO I).

As mudanças sociais levaram a que a mulher e o homem procurem uma carreira profissional como equilíbrio financeiro e de ajuda familiar, bem como fator de satisfação e desenvolvimento pessoal. Neste sentido, o projeto de maternidade/paternidade e a vivência do mesmo passa a ser enquadrado nesta nova dinâmica de vida moderna, o que requer um elevado esforço de organização e sintonia familiar, necessitando por vezes de apoio (família ou apoio de serviços da sociedade) para a conjugação de todas as atividades inerentes à parentalidade, à vida familiar e à vida profissional. Assim, como refere Alarcão (2002), a chegada do primeiro filho vai ter repercussões, nas díades profissionais e, por conseguinte, na díade parental e conjugal.

Esperar um filho, é um dos acontecimentos mais importantes da vida do casal e desafiador para a sua maturidade e estrutura psíquica (ROCHA *et al*, 2007). Esta etapa conduz a uma série de adaptações e mudanças por parte dos futuros pais, tanto a nível psicológico e biológico como social, assim como uma adaptação progressiva às necessidades do bebé (KITZINGER, 1978). A parentalidade é um período de vulnerabilidade na vida do casal, mas quando nasce um bebé prematuro a vulnerabilidade aumenta.

Dados recentes do Instituto Nacional de Estatística destacam que entre 2005 e 2010, houve um aumento da percentagem de nados vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação), de 6,6% em 2005 para 7,7% em 2010. Tendência idêntica verificou-se com a percentagem dos nados vivos de baixo peso (peso inferior a 2 500 gramas), que passou de 7,5% para 8,3% entre 2005 e 2010 (INE, 2013). Estes dados sedimentam a importância de trabalhar esta população, isto é os casais que estão subjacentes a estes bebés prematuros/baixo peso.

Assim, realizou-se uma pesquisa acerca do tema da prematuridade e parentalidade de modo a apurar a evidência mais recente nomeadamente no

período compreendido entre 2006 e 2013. Foram consultadas as bases de dados CINHALL e MEDLINE, com os seguintes filtros: texto completo, analisado por especialistas e resumo disponível. Utilizou-se como palavras-chave: (Bonding OR Attachment OR mother- infant relations*) And (Mother OR Mother* OR Motherhood OR Parent OR Parenthood) And (Premature Infant* OR Prematurity OR New Born OR Infant* OR Premature OR Early child OR Early childhood OR Perinatal). De uma pré-seleção foram analisados 7 artigos tendo-se concluído que alguns autores referem que os pais, por sua vez, frente ao nascimento de um bebe pré-termo, podem experienciar uma série de emoções negativas, sentem-se ansiosos, culpados, desesperançados, deprimidos e assustados, sendo considerados prematuros para exercer as suas funções parentais. Para a mãe, a entrega do seu bebé para os profissionais qualificados e substitutos diminui seu papel parental e perturba-a psicologicamente. As intervenções de prevenção precoce podem alterar positivamente a trajetória do desenvolvimento de crianças com risco biológico, como as nascidas de pré-termo (CRUZ, *et al.* 2010; FEGRAN, HELSETH, FAGERMOEN, 2008; FIGUEIREDO, 2003; HAKE-BROOKS, ANDERSON, 2008; MARTINS, SANTOS, 2008; NEU, ROBINSON, 2010; SCHROEDER, PRIDHAM, 2006).

Tendo em conta que o número de bebés prematuros e com baixo peso estão a aumentar, aumentando assim o desafio para a parentalidade e as dificuldades em estabelecer uma vinculação segura destes pais com os bebés, coloca-se a seguinte questão: Como pode o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria ajudar/apoiar as famílias no processo de vinculação com um bebé prematuro?

Enfermeiro especialista em saúde mental - competências

O Decreto-lei n.º 437/91, de 8 de Novembro que aprova o regime legal da carreira de enfermagem, descreve que cabe ao enfermeiro Especialista:

“prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui” (p.5724).

O enfermeiro especialista em Saúde Mental tem uma responsabilidade acrescida nos cuidados de saúde mental à pessoa ao longo do ciclo de vida, aos três níveis de prevenção uma vez que assume, não só um entendimento profundo sobre as respostas humanas e da pessoa aos processos de transição e problemas de saúde, como também uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades individuais do cliente. Neste sentido, estará bem posicionado para prevenir situações de dificuldade. A prematuridade é uma vulnerabilidade acrescida do ciclo vital. O enfermeiro especialista apresenta assim uma ação de relevo ao ter a possibilidade de prever e prevenir dificuldades de vinculação no acompanhamento da família, podendo orientar a mesma, de modo a conseguirem ultrapassar dificuldades e contribuir para a sua organização e equilíbrio, ao ajudar o desenvolvimento de competências parentais e de conhecimentos relativamente ao bebé e às transformações da vida familiar.

O enfermeiro especialista em saúde mental, integrado numa equipa de saúde materno-infantil poderá ter um papel importante, pelo facto de se encontrar particularmente sensível para as questões ligadas à própria transição já enunciadas. Assim, encontrar-se-á numa posição privilegiada em termos de oportunidades de contacto, promoção, prevenção, despiste precoce de alterações e acompanhamento dos casais nesta fase da sua vida. O enfermeiro promove cuidados especializados aos três níveis de prevenção em todas as etapas deste processo de transição para a parentalidade. Deste modo, neste *continuum* de cuidados é fundamental ter em atenção o estabelecimento de uma vinculação saudável, ajudando o casal na adaptação à parentalidade, tendo um foco particular para as necessidades que resultam de um acréscimo

de vulnerabilidade, como seja a situação de prematuridade.

Com a experiência adquirida neste projeto em enfermagem de saúde mental, e com base no Artigo 4º do Regulamento nº129/ 2011 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental) pretende-se globalmente adquirir as competências:

- " (...) a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;

- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias a cada contexto;

- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. (...)" (p.3) (ANEXO II).

Ao longo do estágio as competências são desenvolvidas tendo em conta o tema do projeto tocando em unidades de competência, mas não na sua totalidade. Deste modo, as competências adquiridas não são um produto acabado, mas sim os alicerces de uma construção inicial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento ao longo do percurso profissional.

2. A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de um filho no seio de uma família modifica radicalmente os equilíbrios anteriores. Este processo de mudança exige um tempo de reajustamento, durante o qual o recém-nascido toma o seu espaço e se redefinem as relações entre os restantes membros (CANAVARRO e PEDROSA, 2005). Para uma adaptação a este novo processo, o relacionamento da díade precisa de se transformar num relacionamento triangular, do qual resultam modificações na rede de intercomunicação familiar e no próprio funcionamento da família (ROCHA et al, 2007). Assim, o processo de transição ocorre não só a nível individual (mãe/pai), mas também a nível conjugal, nível familiar e comunitário, envolvendo os que os rodeiam (MELEIS, 2010; SCHUMACHER e MELEIS, 2010).

Deste modo, torna-se importante clarificar o conceito de **transição**. Meleis (2010) define transição como a passagem para uma fase da vida diferente, condição ou estado, e referindo-se simultaneamente ao processo e ao resultado das interações complexas entre pessoa-ambiente. Para a autora,

"a transição implica uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis nas relações, nas expectativas e competências. Evidencia mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. Transição requer à pessoa que incorpore novos conhecimentos para alterar comportamentos e consequentemente, alterar a definição do *eu* no contexto social" (SCHUMACHER e MELEIS, 2010, p.42)¹

Meleis classifica as transições em: desenvolvimentais, situacionais, transições de saúde-doença e organizacionais. O tema em estudo enquadra-se na transição desenvolvimental, associada a mudanças no ciclo vital: a parentalidade (MELEIS, 2010)

¹ Tradução livre

A parentalidade é a

“ação de tomar conta com as características específicas: 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” (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2006, p. 43).

Na parentalidade existe um projeto de criança, que se encontra organizado à volta de um triângulo constituído pela mãe, pai e a criança. No desejo de parentalidade, a fantasia do casal torna-se de extrema importância, relativamente à forma como imaginaram o projeto de vida familiar, a representação da função parental e os modelos educativos.

No entanto, o momento do nascimento da família não é consensual entre os autores (RELVAS, 1996; BRAZELTON, 1992). Para Brazelton (1992) o nascimento do primeiro filho assinala também o nascimento da família. Para Relvas (1996) a díade estende-se a uma tríade, não sendo o momento de nascimento do bebé coincidente com o início da família.

É ainda alvo de discussão o ponto de vista de autores relativamente à presença do pai no processo de parentalidade. Segundo Winnicott (1980), o pai é necessário em casa para ajudar a mãe a instalar-se na maternidade, a sentir-se bem no seu corpo e feliz espiritualmente, dando-lhe apoio moral, apoiando-a na sua função de mãe. Segundo Brazelton o pai tem cada vez mais um papel ativo, é a sua presença e o seu apoio afetuoso que a ajudam a mulher a desenvolver o seu papel de mãe (BRAZELTON, 1992). Na atualidade o pai é parte integrante do projeto de parentalidade, não ajudando a mãe a tornar-se mãe, mas a desenvolver o seu papel de pai com uma corresponsabilidade em todo o processo. Como Bayle refere parentalidade é um sistema maturativo que conduz a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, de modo a responderem às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do seu filho (BAYLE, 2006), assumindo um projeto em parceria, com

responsabilidade partilhada.

Hoje temos fortes indicações para pensar que a ligação afetiva dos pais ao bebê se estabelece de um modo relativamente gradual (SILVA e LOPES, 2008). No processo de vinculação parental ao bebê interferem dimensões psicológicas, biológicas e socioculturais. Estas dimensões englobam o período pré-concepcional, a gravidez, o parto, e o pós-parto, podendo dizer respeito à mãe, ao pai e ao bebê. Tradicionalmente pensava-se que a ligação afetiva pais-bebê tinha início por altura do nascimento. No entanto, é hoje consensual que se começa a formar durante a gravidez uma relação afetiva ao bebê, falando-se em vinculação pré-natal.

Os passos significativos da teoria da **vinculação** surgem após a segunda guerra mundial quando, ao afetar a população civil, atinge mulheres e crianças pondo pela primeira vez em questão os efeitos da perda e da separação na criança pequena. Por esta altura, surgem uma diversidade de psicólogos e psiquiatras que defendem a necessidade primária de estar vinculado a alguém, bem como a importância da vinculação mãe-criança (GUEDENEY e GUEDENEY, 2004).

René Spitz e John Bowlby desempenharam um papel de particular importância no desenvolvimento dos estudos sobre a vinculação da criança à mãe e sobre as interações. É Spitz quem primeiramente procede ao estudo experimental do desencadear do sorriso no bebê humano a partir de estímulos especificamente humanos. Ele observa que os bebês com alguns meses de vida sorriem assim que se lhes apresenta uma cara humana de frente. Em compensação, o sorriso desvanece-se logo que a cara se desvia. A apresentação de uma máscara, mesmo que horrível, desencadeia o sorriso do bebê, como se de uma cara humana se tratasse (GUEDENEY e GUEDENEY, 2004).

A vinculação caracteriza a relação mãe-filho que segundo Bowlby (2002, p.240), consiste na "... busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo", ou seja, todos os comportamentos do recém-nascido têm como função e por consequência criar e manter a proximidade ou contacto com a figura de vinculação.

Importa realçar que, a vinculação dos pais ao filho é influenciada pela própria história de vinculação que ambos tiveram com as suas famílias, bem como, pela história de vinculação do casal (BRAZELTON e CRAMER, 1989).

Camarneiro (2007) refere existirem quatro momentos de vinculação pré-natal dos pais ao bebé. O primeiro diz respeito ao desejo de gravidez e consequente organização de um bebé fantasmático. Após esta fase, a audição dos batimentos cardíacos fetais, concretizam uma dimensão de vida. O terceiro momento é o da visualização da primeira ecografia dando acesso à “imagem real” do bebé. Por fim, o sentir dos movimentos fetais proporciona aos pais a ideia da individualidade do feto.

O momento após o nascimento é um período marcado pela grande vulnerabilidade emocional da mulher, do homem e do casal, precedido de uma gravidez que envolveu grandes adaptações a nível fisiológico e psicológico. É um período marcado, igualmente, por grandes mudanças que se prendem com os ajustamentos fisiológicos (súbita mudança hormonal, fadiga, desconforto físico...) e os ajustamentos psicossociais (inexperiência em cuidar do filho, mudanças da rotina diária, consolidação da relação mãe/filho, pais/filho, relação conjugal e relacionamento familiar). É, igualmente, um período de reformulação da identidade e de reordenação das relações interpessoais, quer para a mulher quer para o homem (MENDES, 2009). Como refere Maldonado (1986), a gravidez, o parto e o puerpério representam períodos críticos de transição do ciclo vital da mulher, e diríamos o mesmo relativamente ao homem; e constituem verdadeiras fases de desenvolvimento da personalidade e de “amadurecimento” emocional.

Prematuridade e a transição

Quando o bebê nasce prematuro todo este processo de transição é mais delicado. Define-se por **prematuro** ou pré-termo bebês que nascem antes das 37 semanas de idade gestacional. Pode-se ainda classificar o bebê prematuro, segundo a idade gestacional em: prematuro limiar (entre as 33-36 semanas de idade gestacional e/ou peso à nascença entre 1500-2500 gramas); prematuro moderado (entre as 28 – 32 semanas de idade gestacional e/ou peso à nascença entre 1000 – 2500 gramas) e o prematuro extremo também conhecido por grande prematuro (que nasce antes das 28 semanas de idade gestacional e/ou pesa menos de 1000 gramas) (HOCKENBERRY, 2006).

O bebê prematuro nasce com uma imaturidade dos seus órgãos e sistemas o que torna mais vulnerável a determinadas doenças, bem como mais sensíveis a determinados fatores como sejam a luz e o ruído (HOCKENBERRY, 2006). No entanto, num prematuro pode-lhe ser negada numa fase inicial, o toque para não excitar o bebê, evitando um aumento de metabolismo, sendo necessário mediar esta situação com os pais.

Na grande maioria das situações, principalmente nos “grandes prematuros” têm que passar pela unidade de cuidados intensivos neonatais, uma vez que têm dificuldade em controlar a temperatura corporal, a respiração e a alimentação e todos os procedimentos são realizados dentro da incubadora. A colocação numa incubadora, ou num berço aquecido, ajudará a manter a sua temperatura corporal, um ventilador que ajudará a respirar de modo assistido e receberão alimentação através de uma sonda nasogástrica, podendo apenas receber soroterapia ou alimentação parentérica (HOCKENBERRY, 2006). A sobrevivência de um bebê prematuro está condicionada pela sua idade gestacional, pelo seu peso, bem como pela presença de problemas de saúde significativos ao nascer.

O internamento de um filho recém-nascido numa unidade de neonatologia representa, sem dúvida, uma situação de crise importante para os pais, que adquire com frequência características absolutamente devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar, e para a sua capacidade em assumir o papel parental

(BARROS, 2006).

Para Meleis (2012) o ambiente inclui os sistemas sociais, a família, a cultura, meio que o rodeia, os profissionais de enfermagem e até os campos energéticos. O início da experiência de parentalidade é remetido para um local estranho e intimidatório, com falta de privacidade, onde os pais têm que lidar com várias fontes de stress. Estes têm de enfrentar uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, frequentemente de prognóstico incerto, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não tem nenhum controlo, e no qual são regularmente observados, avaliados e aconselhados por um conjunto diversificado de técnicos.

Perante a situação de transição - nascimento do bebé prematuro - os pais iniciam o processo num ambiente que consideram hostil e, que pode ser mediado por fatores de ordem individual e ambiental.

Segundo Meleis, após identificar o processo de transição importa identificar as condições que limitam ou influenciam. Estas condições podem ser de natureza pessoal, social e comunitária. A autora destaca: *os significados atribuídos aos eventos que desencadeiam a transição*, uma vez que podem facilitar ou dificultar a transição saudável, isto é a forma como a mãe/pai vão encarar o novo ambiente que vão encontrar - entrar numa unidade de cuidados intensivos neonatais, na maioria dos casos é stressante e intenso, por diversas razões, pelo bebé ser muito prematuro, com a devida ansiedade que isto acarreta, como também pelo ambiente movimentado que os rodeia (luzes estranhas, alarmes a apitar); *as crenças e atitudes*, por exemplo existem determinados estigmas e preconceitos, associados à idade, condições socioeconómicas, status social, podendo inibir a aceitação e consecução da experiência; *status socioeconómico*; *preparação e conhecimento*, nomeadamente o não conhecimento da unidade de neonatologia pode condicionar acerca do que esperar durante a transição; e as estratégias ambientais (do serviço) e individuais podem auxiliar na gestão da situação.

Os pais são detentores de necessidades específicas associadas a esta transição. Assim, importa mencionar Meleis (2012) uma vez que para a autora

a pessoa deve ser encarada como um ser humano com necessidades específicas em interação permanente com o ambiente, sendo decisivo o seu envolvimento ativo no processo de cuidados. As mães estão geralmente cansadas e doridas de partos que ocorreram de forma traumática, têm dificuldades em descansar e alimentar-se. Os pais sentem-se estranhos e vulneráveis num ambiente predominantemente feminino e no qual não compreendem o seu papel, ou não encontram a privacidade necessária para expressar emoções confusas e contraditórias (BARROS, 2006). As mudanças no ambiente idealizado requerem ajustamento a um novo ambiente e invalidam as fontes clássicas de apoio que o indivíduo detinha, tornando-se importante que o ambiente novo (serviço) forneça apoio para o novo caminho, de modo a surgirem resultados saudáveis (MELEIS, 2010,2012).

Os sentimentos de impotência e de incapacidade podem ser agravados pelas barreiras físicas colocadas ao contacto com o bebé, nomeadamente a incubadora e os aparelhos de monitorização, que reduzem as possibilidades de interação. As máquinas são entendidas ao mesmo tempo como imprescindíveis para o bebé e para a sua sobrevivência, e como ameaçadoras, porque podem anular o papel de mãe e pai (FONSECA e MAGÃO, 2007; GOMES, 2010).

Quando o recém-nascido prematuro é internado, ocorre uma disrupção do normal processo de integração familiar e vinculação pais-filho, prejudicando a ligação da família com a criança (BARROS, 2006). O nascimento de um filho pré-termo é uma situação geradora de grande stress num momento em que o casal ainda está a preparar-se para o desempenho da parentalidade (FERREIRA e COSTA, 2004). Os pais são forçados a enfrentar um internamento de duração, percurso e desfecho desconhecidos, sendo invadidos por uma multiplicidade de sentimentos. A vulnerabilidade resulta tão facilmente em sentimentos de culpa, fracasso, inadaptação, medo, ansiedade, raiva e culpabilidade, que podem comprometer o processo de vinculação com o bebé (BARROS, 2006; CAMPOS, 2000; FERREIRA e COSTA, 2004; FONSECA e MAGÃO, 2007; JORGE, 2004).

Após identificar este processo de transição e as condições que o limitam ou influenciam, ambiciona-se alcançar resultados saudáveis, por forma a

regressar a um estado de estabilidade/conectividade, através de processos de restauração, manutenção, proteção e promoção (MELEIS, 2010).

No entanto, na maternidade, todas as atenções se centram no bebé, tornando uma condição que pode dificultar o processo de transição, neste momento de fragilidade. Por vezes, a mãe pode ter sentimentos de abandono profundo, mesmo estando acompanhada pelos familiares. Muitas mães receiam falar dos seus sentimentos após o parto, porque não compreendem o seu estado de alma, sobretudo quando têm uma depressão ligeira devido às modificações hormonais e ao cansaço, mas também a este período delicado de passagem entre bebé imaginário e real (BAYLE, 2006), sendo consideradas segundo Meleis como pouco saudáveis ou doentes (MELEIS, 2012).

Para Meleis (2012) ser saudável é um modo de vida, uma atitude, uma conceção, incorporando a consciencialização dos recursos, tendo esperança e transcendendo as preocupações. Assim, os pais dos bebés prematuros serão saudáveis quando conseguirem adaptar a este novo estado parental. Quando forem capazes de se consciencializarem do seu novo papel e do ambiente onde o vão desempenhar, tiverem *empowerment*, controlo e auto-mestria de vida. Falar sobre os sentimentos que os assombram e principalmente sobre os fantasmas acerca da sobrevivência do seu bebé, bem como do luto entre o bebé imaginário e o real ajuda neste processo de "tornarem-se saudáveis".

As reações maternas ao nascimento prematuro são consideradas como uma alteração emocional aguda. Kaplan e Mason cit por Ferreira e Costa (2004) identificaram quatro tarefas psicológicas essenciais para enfrentar a tensão, até serem alcançadas as condições base para a relação mãe/filho: 1) Luto antecipado como preparação psicológica para possível perda do bebé, enquanto se espera que ainda sobreviva; 2) reconhecimento do fracasso materno para produzir um bebé de termo, que se expressa como luto antecipado e depressão, que dura até que pareçam seguras as possibilidades de sobrevivência; 3) readoção do processo de estabelecimento de laços com o bebé, que se havia interrompido devido a ameaça de morte. Esta tarefa pode alterar-se devido a ameaça contínua de morte ou de anormalidade, e a esperança de que o seu filho sobreviva pode ser lenta para a sua mãe; 4)

compreensão das necessidades especiais e dos padrões de crescimento do bebê pré-termo, que serão temporais e culminarão em padrões normais.

Os pais que têm bebês prematuros precisam manter um equilíbrio entre dois processos antagônicos: o da dor e o da ligação. Os passos para a vinculação passam aqui por uma reação de luto/perda pelo bebê perfeito que antecipavam. Choram pelos defeitos do bebê que geraram e culpabilizam-se, quer consciente, quer inconscientemente (JORGE, 2004). No entanto, Meleis (2010) afirma que a transição tem uma característica essencialmente positiva, na medida em que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade, se for bem-sucedida.

Assim, os padrões de resposta são conceptualizados segundo Meleis, como indicadores de processo e indicadores de resultado, permitindo caracterizar respostas saudáveis. Os indicadores de processo incluem: *sentir e estar ligado* - pais que são bem-sucedidos a estabelecer relação com o filho e mantêm relacionamento com o marido/esposa, outros filhos, família e amigos; *interação* - através da interação com o novo elemento- filho e com os que o rodeiam; *estar situado* - não só no espaço como também nas relações; e o *desenvolvimento de confiança e coping*, através do sentimento de confiança que transmite ao bebê e o modo como comunica seja pela palavra, pelo toque, pelos cuidados prestados. Importa perceber se adotou mecanismos de lidar com a situação em que o bebê se encontra (MELEIS, 2012).

O significado da transição e dos comportamentos desenvolvidos em resposta à mesma transição podem ser descobertos, clarificados e reconhecidos o que normalmente leva a uma transição saudável. Como resultado desta interação e com a finalidade de avaliar se este processo é saudável surgem os indicadores de resultado: *mestria* - isto é capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e ambientes, vivendo a transição com sucesso; *integração fluida da identidade* - pressupõe que as pessoas que vivenciam transições totalizem novos comportamentos, experiências e competências que modificam a sua identidade, novo papel de pai e mãe; *bem-estar* - os sentimentos de stress dão lugar a uma sensação de bem-estar; *bem-estar nas relações*, adaptação e integração da família no processo de transição (MELEIS,

2012).

Os pais de bebés prematuros precisam consciencializar-se da imaturidade do seu filho, familiarizar-se com as características físicas e estados comportamentais do bebé e aprender a conhecer os sinais subtis, para desenvolverem competências que lhes permitam saber o que esperar do seu filho, e como prestar-lhe os cuidados específicos de que necessita (FONSECA e MAGÃO, 2007; VILELA, 2008).

A participação de um familiar (normalmente da mãe e o pai) no cuidar da criança, não só diminui a sua angústia de separação, como tende a criar na mãe autoconfiança perante as suas próprias competências e habilidades (JORGE, 2004).

A importância do contacto direto ou indireto com a mãe pode ser determinante na adequação da sua imagem mental do filho, o que poderá facilitar o primeiro encontro e o processo de vinculação. Assim, se a mãe não pode estar junto do seu filho, o pai é estimulado a visitá-lo, acariciá-lo e mesmo prestar-lhe cuidados (JORGE, 2004). A condição emocional dos pais é hoje reconhecida como da maior importância para o estabelecimento da interação, para o desenvolvimento de uma relação de vinculação positiva e para as atitudes educativas em geral (CAMPOS, 2000).

Segundo Meleis (2012) os cuidados de enfermagem centram-se nas intervenções terapêuticas² de modo a ir ao encontro das necessidades do cliente e potenciar a capacidade adaptativa, autocuidado, saúde e bem-estar. A autora evidencia que, tendo em conta que as transições têm um impacto profundo nos efeitos relacionados com a saúde do cliente, existe a necessidade de mobilizar as intervenções terapêuticas para prevenir as consequências negativas e potenciar resultados saudáveis.

A maioria dos pais tornam-se, num período de tempo relativamente curto, prestadores de cuidados extremamente sensíveis e competentes. O problema é que eles dificilmente se apercebem disso. Geralmente, são as mães quem

² A autora refere na sua obra "therapeutic", que traduzido significa terapêuticas e que no trabalho escrevo: intervenções terapêuticas

mais cuidam dos bebês, uma vez que os pais têm que se dedicar ao seu trabalho. No entanto, por períodos revezam-se para prestar cuidados. Para que as mães tratem e peguem no seu bebé (prestando quase todos os cuidados), é necessário que elas próprias se encontrem inseridas num ambiente acolhedor, capaz de lhe fornecer apoio (JORGE, 2004). Deste modo, verifica-se que o conceito de transição acomoda simultaneamente a continuidade e descontinuidade dos processos de vida, definindo-se por períodos de entropia entre estados de equilíbrio (MELEIS, 2012).

Na opinião de Brazelton (1992), os pais dos bebês internados atravessam cinco fases progressivas antes de encararem o bebé como seu e antes de confiarem em si próprios para lidarem e se relacionarem com ele: a) relacionam-se com o bebé através da informação recebida pelos profissionais de saúde acerca da química do corpo, oxigénio e gases sanguíneos. Animam-se, quando estes parâmetros indicam melhoras, sentem-se destroçados, quando diminuem. A ténue relação com o bebé articula-se com os relatórios médicos e de laboratório; b) observam e sentem-se encorajados pela presença dos reflexos automáticos que observam aquando da manipulação pelos profissionais. Qualquer movimento se torna uma coisa importante, mas os pais não tentam produzi-los; c) apercebem-se dos sinais responsivos do bebé, como por exemplo, virar-se para a voz do enfermeiro ou agarrar o dedo do médico. Mas estas respostas são vistas apenas quando outra pessoa as provoca. Tem dificuldade em produzi-los eles mesmos; d) quando se atrevem a produzir os movimentos de resposta, começam a sentir-se pais deste bebé. Podem encarar-se como responsáveis pelas reações do bebé; e) quando tentam pegar no bebé, tê-lo ao colo, embalá-lo, ou mesmo alimentá-lo, os pais consomem a vinculação. Anteriormente, consideram-no como um frágil e terrífico objeto que podiam ser perigosos para ele. Quando conseguem “começar a ver que ele não se parte” e podem satisfazê-lo e tratá-lo como uma pessoa, os pais estão prontos a levá-lo para casa e cuidar dele.

O prematuro é um ser humano que está constantemente a interagir com o seu ambiente, num processo permanente de mudança. O bebé é modificado e modifica o ambiente. As experiências precoces são extremamente importantes

para o desenvolvimento físico, psicológico e social (CAMPOS, 2000).

No entanto, importa acrescentar que a relação que os bebês prematuros estabelecem com as mães pode estar plena de dificuldades. A prematuridade pode prejudicar o estabelecimento de uma relação precoce satisfatória, devido ao impacto negativo que tem nos pais. Estudos referem que os bebês prematuros sofrem um atraso na organização do seu comportamento e consequentemente um atraso na aquisição de aptidões sociais. Existe uma clara correspondência entre as competências que o recém-nascido efetivamente manifesta, a capacidade dos seus órgãos sensoriais captarem a informação, e as capacidades do seu sistema nervoso central para tratar essa mesma informação, pelo que a imaturidade do recém-nascido prematuro e de todos os seus órgãos e sistemas pode dificultar todo o processo de ligação e adaptação entre a mãe e o recém-nascido. O bebê prematuro apresentando um nível global de menor atividade e de reação à estimulação, juntamente com uma diminuição dos períodos de alerta, poderá comprometer o estabelecimento desta interação (FONSECA E MAGÃO, 2007).

No entanto, assim que nascem, eles vão entrar em comunicação. Se os outros estão disponíveis para entrar em comunicação com eles, eles vão desabrochar como uma flor. Se, pelo contrário, ninguém lhes der atenção, eles vão murchar e começam a manifestar sinais de sede de afetividade (BAYLE, 2006) (HOCKENBERRY, 2006).

3. FINALIDADE E OBJETIVOS

Através da prática profissional e da pesquisa efetuada percebe-se que cada vez mais, na sociedade, os pais encontram-se interessados e motivados em adquirir conhecimentos e a descobrir atividades/programas que os ajudem a estimular e a compreender melhor os seus bebés/crianças, de modo a desenvolverem melhor as suas competências parentais e a permitirem um crescimento e desenvolvimento saudável das mesmas. Assim, no contexto da temática selecionada, e numa abordagem geral, delineou-se como finalidade a promoção da vinculação na relação mãe - bebé prematuro - pai.

Como objetivos gerais para o projeto definiu-se:

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental;
2. Desenvolver competências na promoção da relação mãe-bebé prematuro-pai.

Partindo destes objetivos realizou-se um estágio em três momentos distintos, num Centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo. O planeamento e a descrição da execução dos mesmos é descrita no capítulo seguinte.

PARTE II

4. PLANO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O planeamento dos diferentes momentos de estágio foi elaborado no sentido crescente de maior complexidade, responsabilidade e autonomia.

Realizou-se o estágio num Centro Hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo em três fases:

Primeira fase: internamento de pedopsiquiatria. Esta escolha prende-se por um lado com o facto de não ter experiência profissional na área de saúde mental e por outro pela necessidade de aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental. Pretendeu-se observar e acompanhar peritos na realização das intervenções psicoterapêuticas de jovens e suas famílias.

Segunda fase: consulta de primeira infância. Este estágio é transversal a todo o percurso. O intuito foi aprofundar a primeira competência de enfermeiro especialista e adquirir competências junto de peritos no âmbito da promoção da vinculação do casal e da criança na primeira infância.

Terceira fase: unidade de neonatologia. Corresponde a aplicação prática, *in loco* do projeto - promoção da vinculação pais - bebé prematuro. Nesta fase pretendeu-se ter adquirido competências, conhecimentos e habilidades de modo a atingir os objetivos propostos.

Inerente a esta planificação encontra-se um cronograma, que é fundamental no acompanhamento da formação. Nele constam as atividades delimitadas no tempo e espaço da ação (APÊNDICE I).

5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo aborda-se cada momento de estágio individualmente, enumerando-se previamente os objetivos específicos para uma melhor interpretação do que se propôs desenvolver. Descreve-se e justifica-se as atividades realizadas nos diferentes momentos do estágio. Todas as alterações que ocorreram são analisadas e fundamentadas no decorrer do relatório.

1º Momento de estágio

Objetivos

1. Conhecer a dinâmica de funcionamento do internamento do serviço de pedopsiquiatria;
2. Observar e colaborar nos cuidados de enfermagem especializados a crianças com patologia mental no processo de saúde/doença e sua família;
3. Refletir acerca da relação criança - enfermeiro.

Atividades desenvolvidas

Realizou-se uma pesquisa acerca do funcionamento e características do departamento de psiquiatria da infância e adolescência da área de Lisboa e Vale do Tejo.

A abertura da unidade de internamento de pedopsiquiatria é relativamente recente, data de 2001 e foi a primeira a ser criada em Portugal num hospital pediátrico. Esta unidade interna a faixa etária até aos 15 anos e 364 dias, embora por vezes sejam admitidos adolescentes com 16 e 17 anos. É um serviço que facilmente fica lotado devido à alargada área de abrangência, uma vez que para além da região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, abrange também as regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve.

Desde início houve um acolhimento caloroso por parte da equipa, desenvolvendo uma postura de parceria e aprendizagem. Foi facilitador o facto da equipa de enfermagem do serviço ser uma equipa jovem, heterogénea e

dinâmica. Com esta equipa e em particular com a enfermeira de referência participou-se em momentos de formação contínua como por exemplo nos momentos de passagem de turno com partilha de vivências, dificuldades e sugestões de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. No final do turno teve-se um momento com a enfermeira de referência onde se refletia acerca do turno realizado, criando um momento de reflexão extremamente importante, facilitando o processo de autoconhecimento e consciência de si, enquanto pessoa e profissional. Estes momentos permitiram identificar emoções, sentimentos que pudessem interferir na relação terapêutica. Para além destes momentos, e de modo a manter a atitude auto reflexiva, posteriormente em trabalho autónomo realizou-se reflexões individuais mobilizando instrumentos de análise e reflexão como seja o Ciclo de Gibbs. Através destas reflexões identificou-se ainda fatores pessoais e valores éticos que pudessem interferir com a relação terapêutica ou até com a equipa multidisciplinar, desencadeando mecanismos de transferência e contratransferência. Foi através desta experiência que se proporcionou o início do desenvolvimento da primeira competência de enfermeiro especialista de saúde mental, tão importante não só a nível profissional como pessoal.

Realizou-se o acolhimento e entrevistas a utentes e familiares. O acolhimento é fundamental uma vez que a partir deste desenvolve-se um clima de confiança, crucial para o progresso do tratamento. Também a entrevista é um momento único de interação com o cliente e com a sua família, e segundo Chalifour (2009)

"a entrevista é um tipo particular de interações verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papeis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim" (p. 59, 60).

As condições físicas do serviço favorecem o clima terapêutico necessário, sem interrupções por parte de outros profissionais de saúde e dos clientes. Para além das condições físicas, as características do enfermeiro e o modo como conduz a entrevista podem influenciar o desenvolvimento da mesma. Foi tendo

por base Chalifour (2009) e Phanneuf (2005) que se realizou o acolhimento e se desenvolveu a entrevista ao jovem e família.

Partindo da colheita de dados utilizando diferentes técnicas de comunicação e o instrumento padronizado do serviço, identificou-se as necessidades e fatores promotores de bem-estar. Estabeleceu-se prioridades, elaborando e implementando um plano de cuidados personalizado. Este elaborou-se, tendo por base sistema de taxonomia padronizados para diagnósticos de Enfermagem, CIPE, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, que apesar de não existirem em suporte informático (estão a ser trabalhados), elaborou-se consultando o manual em suporte de papel. O plano continha ainda os resultados esperados, tendo em conta as suas necessidades e problemas específicos. De forma a concretizar este conhecimentos elaborou-se um estudo de caso de uma jovem (APÊNDICE II).

Após uma avaliação global dos clientes identificou-se algumas necessidades de promoção de saúde e prevenção de doença mental. Observou-se que os clientes têm dificuldade em exprimir os seus sentimentos e emoções, dificuldade em perceber a vivência atual, dificuldade em desenvolver estratégias de ação para solucionar problemas, tendo visão negativista, utilizando como recursos internos a negação e o isolamento. Partindo destas necessidades desenvolveu-se intervenções e estratégias em atividades já existentes no serviço e outras criadas no momento. Desenvolveu-se na criança/adolescente estratégias de empowerment e autonomia tais como conhecimentos, estratégias e fatores de proteção, de modo a diminuir o risco de incapacidade e exclusão social. Para tal, aprofundou-se os conhecimentos não só na psicopatologia e normas de atuação, mas também em farmacologia e questionou-se acerca da prescrição medicação/cliente (porquê aquela medicação naquele cliente?).

As refeições são um momento de interação e relação privilegiado e são um momento de promoção da adesão ao regime medicamentoso, onde foi fornecida e supervisionada a toma da medicação, uma vez que ainda não tinham adquirido autonomia a este nível. Participou-se assim, ativamente na gestão e administração de medicação. Desenvolveu-se a capacidade de

questionamento da prática efetuada, incentivando a mudanças positivas, partilha de ideias, conhecimentos e habilidades. A equipa de enfermagem, mais uma vez, foi receptiva a esta partilha, permitindo a concetualização de abordagens de prestação de cuidados, destacando pormenores de cada situação com a aplicação dos respetivos conhecimentos e técnicas.

Os clientes são internados devido à descompensação / agudização do seu quadro psicopatológico - situações de crise - que levam a que o jovem fique com o seu funcionamento gravemente prejudicado, tornando-o incompetente ou incapaz de assumir as suas responsabilidades. Presenciou-se jovens em crise e colaborou-se com o colega que interveio. Percebeu-se o quão importante é, que o cliente perceba que não está sozinho e que os enfermeiros estão ali para o ajudar. Importa ainda focalizar no "aqui e agora" promovendo um espaço acolhedor e tranquilo, sem grandes explicações, mas estabelecendo limites, principalmente a comportamentos agressivos e destrutivos. Antecipou-se momentos de crise através de sinais prodrómicos da mesma, monitorizando a segurança do jovem, criando um ambiente contentor e de segurança.

O apoio emocional á família do jovem tornou-se importante para a sua recuperação. Phaneuf (2005) refere que “o suporte à família é um conjunto de intervenções da enfermeira que visam levar apoio emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente” (p.461). Proporcionou-se suporte psicológico presencialmente, no acolhimento do jovem, nas visitas familiares e telefonicamente.

Participou-se nas reuniões mensais do departamento de pedopsiquiatria onde se discutem casos transversais ao departamento, desde o serviço de urgência, de internamento até ao Hospital de Dia e diversas consultas especializadas existentes. É um momento de partilha e aprendizagem com todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidar da criança/adolescente e a sua família. Estas reuniões dão uma visão alargada e global de todo o departamento, ajudando na compreensão da referência e encaminhamento do processo de tratamento de uma criança/jovem.

Diariamente realizam-se reuniões para discussão dos casos internados e possíveis internamentos (quer sejam das consultas, do serviço de urgência, outros serviços). A reunião de segunda-feira comporta uma equipa mais alargada com presença do diretor clínico do departamento. Neste dia planeia-se as possíveis licenças de ensaio (preparação para a alta).

Realizou-se outra reunião com a enfermeira, o monitor e os clientes que incide essencialmente sobre a gestão de acontecimentos quotidianos, ou seja pela planificação da semana. Estas reuniões têm periodicidade semanal e são coordenadas pela equipa de enfermagem, onde houve oportunidade de coordenar, permitindo a gestão dos cuidados. As temáticas predominantes centram-se no treino das atividades de vida diária tendo como objetivo a aquisição das competências necessárias a uma adaptação mais autónoma à realidade intra-hospitalar e, faseadamente, à realidade extra-hospitalar, à medida que o programa reabilitativo progride no sentido da integração comunitária. Para além destas reuniões, a atividade culinária permite à equipa de enfermagem o acompanhamento e a presença próxima de um ou vários elementos do grupo, intervindo em parceira com os clientes. Por seu lado, permite um conhecimento aprofundado das respostas da pessoa à sua situação atual e ao seu processo de reabilitação psicossocial. Permite uma intervenção terapêutica, imediata, na atividade de culinária, e posterior, noutros espaços terapêuticos, como a realização de compras (venda de bolos) ou a gestão do dinheiro.

Participou-se de forma ativa na reunião comunitária efetuada semanalmente, às quartas-feiras. Esta reunião é um espaço de reflexão com o objetivo da criação de uma aliança de trabalho que favorece o desenvolvimento das atividades de natureza terapêutica e reabilitativa. É constituída pela equipa médica, psicólogos, enfermeiros e eventualmente pelos terapeutas/monitores (dependendo do número de técnicos versus utentes) e pelos clientes. Normalmente, a reunião é moderada pelo médico (diretor clínico), após a apresentação de todos os elementos do grupo. O tema da reunião é livre, uma vez que o intuito é que os jovens expressem o(s) problema(s) que os preocupam naquele momento, ou que tenham ficado por esclarecer na reunião

transata. Assim, neste espaço permitiu-se que os jovens expressem as suas dificuldades, medos, dúvidas, emoções, deem sugestões sobre o serviço de internamento de modo a que as necessidades possam sempre que possível serem satisfeitas. Nestas reuniões procurou-se intervir de modo a promover a saúde mental dos utentes através de intervenções e comportamentos assertivos, tais como estratégias de resolução de conflitos, capacidade de esperar e ouvir os outros, permitindo proporcionar momentos de emersão da catarse.

Desenvolveu-se intervenções individuais e em grupo proporcionando um ambiente facilitador da expressão de sentimentos e respetivas estratégias de comunicação visando a redução do sofrimento. Utilizou-se mediadores tais como o desenho, o barro, a pintura, a escultura, a música de modo a facilitar a catarse. A utilização das terapias expressivas integradas, independentemente do contexto e da população alvo tem benefícios que são:

“abertura de novos canais comunicacionais e relacionais; melhora a comunicação intrapessoal e interpessoal; o cliente/participante torna-se mais independente, pois todo o processo é ativo; podem ocorrer em diferentes ambientes; aponta as soluções e não só os problemas; descarrega emoções recalçadas; desenvolvimento de hábitos saudáveis; promove a melhoria da qualidade de vida; facilita a adesão do cliente, pois se baseia em uma participação lúdica, através da brincadeira, do jogo e da livre expressão; facilita a mobilização de participantes passivos e introvertidos; facilita o diagnóstico e o levantamento de necessidades pois materializa o inconsciente; favorece a busca de harmonia e o equilíbrio da vida; aumenta a espontaneidade e a criatividade; Promove a valorização pessoal e o aumento da confiança e autoestima, estimulando a autonomia e a transformação interna; (...) propicia a catarse nas situações em que é penoso expressar por palavras”(Ferraz, 2009, p.35,36).

As intervenções psicoterapêuticas foram desenvolvidas com supervisão do enfermeiro de referência. Ao longo destes momentos tornou-se importante a observação do não-verbal dos jovens dando significado ao que estavam a sentir/agir, validando sempre com eles a sua significação. Assim, desenvolveu-se e aperfeiçoou-se técnicas de comunicação verbal e não-verbal tais como o

toque, a distância e posições, o olhar, a escuta, o silêncio, o convite a prosseguir, os reflexos, a síntese, as questões, a revelação de si, o conselho e a informação. Tal como refere Chalifour (2009) o interveniente necessita de conhecer e utilizar habilidades, entre elas, de usar os seus cinco sentidos, de forma a receber a informação que o cliente lhe transmite. No entanto, o interveniente deve estar consciente da sua utilização, mas também de recolher as habilidades do cliente para poder penetrar no mundo dele. Associados a estratégias relacionais estão os princípios da relação de ajuda nomeadamente a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a compaixão e a esperança (APÊNDICE III).

Para além das atividades desenvolvidas dentro do local de estágio participou numa atividade complementar, uma sessão de formação de 21 horas de duração, intitulada de "Técnicas de intervenção terapêutica nas Unidades da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental na Infância e Adolescência". Esta formação permitiu entre outros desenvolver competências sobre técnicas na gestão de perturbações do comportamento, comunicação, regulação, gestão terapêutica, alterações de estado de consciência, pele e viabilidade muscular, respiração, sono e repouso. Deu-nos ainda a conhecer os princípios orientadores da regulamentação dos Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental na Infância e Adolescência, bem como uma visão sobre "gestão de Caso", "técnicos de referência", "referenciais de qualidade" e "indicadores de avaliação". A partir desta formação e dos conhecimentos adquiridos pôde-se no serviço recorrer a metodologia de gestão de caso, como terapeuta de referência de uma jovem, em parceria com a enfermeira orientadora.

2º Momento de estágio

Objetivos

1. Conhecer a dinâmica de funcionamento da consulta de enfermagem de Saúde Mental;
2. Observar e colaborar nas consultas de enfermagem, com vista a promoção da vinculação;
3. Refletir acerca da relação criança/família - enfermeiro;
4. Aprofundar conhecimentos sobre intervenção na vinculação na adaptação à parentalidade.

Atividades desenvolvidas

Semanalmente compareceu-se para a reunião multidisciplinar denominada de "reunião de interação", onde se discutia casos clínicos. Nesta fase importou beber o conhecimento que provinha das reuniões de interação, de modo a afinar o olhar - a observação pais-filhos.

A consulta era constituída por uma equipa multidisciplinar especializada, cujo objetivo era a promoção do desenvolvimento psicoafectivo e a oferta de cuidados de saúde no âmbito da saúde mental a grávidas, bebés, crianças pequenas e suas famílias.

Na consulta externa eram atendidas crianças até aos 3 anos de idade com problemas de comunicação e relação, com problemas de comportamento como sejam birras, irritabilidade, agressividade; dificuldade da alimentação e do sono, ansiedade, medos, tristeza, isolamento, entre outros. Recebiam pais que necessitavam de apoio, bem como técnicos e instituições que trabalhavam e acolhiam crianças nesta faixa etária.

Nas consultas de crianças entre 12 e 24 meses de idade, é efetuado o registo de interação por um observador que assiste à consulta, complementado com filmagem, segundo o seu paradigma (Situação adaptada da *Strange Situation* de Mary Ainsworth), após assinatura parental do consentimento informado

autorizando o procedimento (ANEXO III).

A reunião de interação consistiu na discussão de casos clínicos. Iniciou-se a reunião com a leitura do registo de interação escrito, pelo elemento que o realizou, não sendo facultada outra informação clínica além da idade da criança. Posteriormente o momento de discussão em equipa multidisciplinar. Através da leitura do registo de interação os presentes relatam o que sentiram. O elemento mais recente na equipa começa por partilhar o que sentiu ao ouvir a leitura dos primeiros 10/15 minutos de consulta. Esta partilha levou a identificar as emoções, sentimentos e valores. Levou ainda a uma introspeção e a um conhecimento de si mesmo no "aqui e agora". Após a visualização do vídeo, voltou-se novamente a discussão e mais uma vez a partilha do que se sentia. O facto de o elemento mais recente da equipa ser o primeiro a partilhar leva a que não se "contamine" com a opinião dos outros, sendo autêntico acerca do vivenciado na visualização do vídeo. No início foi difícil, partilhar, mas acima de tudo foi difícil fazer a leitura do próprio corpo e dos sentimentos. Aos poucos e com a ajuda e respeito da equipa foi sendo mais fácil a análise e reflexão, bem como a partilha. Estes momentos fizeram pensar e refletir acerca das vivências/práticas enquanto pessoa e enfermeira. Após discussão foram avançadas hipóteses do motivo da consulta. No final apresenta-se o caso de forma detalhada (consulta de enfermagem e médica), com discussão diagnóstica e de tratamento.

Com a participação neste estágio foi possível exercitar e desenvolver a capacidade de observação da relação pais - filhos. Observou-se a criança e o seu comportamento com a mãe/pai e/ou substituto, ou seja se iniciava uma interação espontaneamente ou estimulada, ou se por outro lado ficava "colada" à mãe. Observou-se ainda se iniciava interação com a mãe e com outras pessoas desconhecidas simultaneamente. Estes dados dão informação acerca do comportamento da criança com os pais, mas importava também perceber as modalidades que usava de aproximação, tais como olhar, sorrir, vocalizar, tocar, segurar e aproximar. Ao longo da interação observou-se se a criança utilizava uma ou várias modalidades e quais. Após a separação da mãe (situação adaptada da *Strange Situation* de Mary Ainsworth) importava

observar se a criança se acalmava com a reentrada da mesma, ou com os objetos, se manteve uma atividade interativa permanente, se acalmava de forma imprevisível, ou se tinha modalidades próprias de se conter. Observou-se ainda as modalidades de expressão afetiva, ou seja se tinha respostas frequentes de satisfação, ou se pelo contrário apresentava respostas de desagrado, ou ainda pouco diferenciadas ou se demonstrava desinteresse/apatia. O modo como a criança explorava os objetos e o mundo exterior também foi observado, bem como a resposta à frustração.

Para além desta observação pormenorizada da criança, em todos os casos que eram relatados na reunião, observava-se também a mãe/pai ou ambos que interagem com a criança, isto é se interagem quando a criança ou o observador solicitava para o fazer ou se está frequentemente a interagir e o modo como o faz. As modalidades de aproximação referidas anteriormente também são tidas em conta na mãe/pai. O que mais surpreendeu ao longo da observação foi a expressão afetiva dos pais para com a criança. Das mães que se assistiu, a maioria não eram afetuosas/calorosas, mas ansiosas, discordantes e hostis para com a criança, sendo desorganizadas relativamente a regulação dos afetos da criança, reconhecendo, por vezes, apenas as necessidades físicas esquecendo-se das emocionais e principalmente do seu mundo exterior. De seguida dava-se início a um novo passo a avaliação diagnóstica e as intervenções necessárias. O diagnóstico quer provisório, quer definitivo feito com o auxílio do *Diagnostic Classification: 0-3 Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood*.

A intervenção terapêutica tinha subjacente o modelo psicodinâmico e pôde-se apresentar diferentes modalidades como a psicoterapia individual, apoio psicoterapêutico à criança, psicoterapia pais-criança (nomeadamente quando apresenta sintomatologia relacionada com perturbações na interação da díade), apoio psicoterapêutico pais, visitas domiciliárias e intervenção comunitária com a ajuda da equipa de intervenção precoce. No caso particular de suspeita de perturbação da relação e da comunicação, preconizava-se uma intervenção com base no Modelo DIR/*Floortime* para melhor caracterização da

criança e esclarecimento do diagnóstico. Estas observações permitiram refletir acerca da relação criança/família-enfermeiro e a aquisição de conhecimento sobre intervenção na vinculação e na adaptação à parentalidade.

Além da consulta geral, este local disponibilizava duas consultas especializadas: a consulta dos bebés irritáveis (bebés com períodos frequentes de choro, características e temperamento que os pais consideram exigente e difíceis de se autorregularem) e a consulta dos bebés silenciosos (bebés com características que preocupam os pais como ausência de linguagem, evitamento do olhar e da interação com os outros). Estas características refletem-se claramente na qualidade da relação pais-criança. Não se conseguiu participar nestas consultas, uma vez que, no início do estágio não surgiram novas situações de pais com dificuldade de relação, apenas no final do estágio não fazendo sentido integrar e deixar a intervenção terapêutica pouco tempo depois. Integrar o grupo de pais já existente não seria pertinente, uma vez que já existia uma relação de confiança previamente estabelecida com a enfermeira. As decisões foram tomadas em concordância com a enfermeira orientadora. Assim, o objetivo - Observar e colaborar nas consultas de Enfermagem, com vista a promoção da vinculação - não foi possível realizar. No entanto, apesar desta limitação aparente, a partilha e análise dos casos clínicos nas reuniões de interação foram bastante enriquecedoras do desenvolvimento de competências essenciais para compreender as relações pais - bebé. É de destacar a importância desta atividade na formação profissional.

Para além das atividades desenvolvidas dentro do local de estágio participou numa atividade complementar, uma sessão de formação de 20 horas de duração intitulada de "Promoção da Saúde Mental da Criança e Adolescente", na qual foram explanadas as diferentes intervenções utilizadas por peritos nas várias idades.

Participou-se também numa formação desenvolvida pelo pedopsiquiatra, Dr. Pedro Silva Caldeira, no auditório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa sobre Modelo DIR/Floortime.

3º Momento de estágio

Objetivos

1. Conhecer a dinâmica de funcionamento da unidade de neonatologia;
2. Observar de forma participada a prestação de cuidados ao recém-nascido e família;
3. Promover a vinculação pais-bebés prematuros.

Atividades desenvolvidas

A unidade tem como missão assistir globalmente os recém-nascidos/ famílias internados, considerando a vertente de humanização, onde os princípios de alteridade, dignidade humana e respeito pelas pessoas, estão presentes. Simultaneamente, cumprem-se os indicadores de eficiência e eficácia na utilização racional das estruturas instaladas, através de projetos, com vista à melhoria dessas estruturas. A formação do grupo multiprofissional, traduz-se num espírito de desenvolvimento e progresso, de acordo com a intenção / missão deste serviço.³

Este serviço de Neonatologia é responsável pelo tratamento de cerca de 15 % dos bebés prematuros do país. A patologia mais frequente de internamento é a prematuridade, tornando-se pertinente o desenvolvimento do projeto neste local. Esta unidade tem a lotação de 85% em cuidados intensivos e 75% em cuidados intermédios.

Recentemente foi reconhecida pelo programa de acreditação de unidades de gestão clínica sob autorização da agência de *Calidad Sanitaria de Andalucia* e departamento da qualidade na saúde da Direção Geral de Saúde Portuguesa.

O estabelecimento da relação com os pais dos bebés prematuros surgiu segundo diversas abordagens consoante a disponibilidade dos pais naquele

³ caracterização física: a unidade apresenta 13 postos de cuidados intensivos dispostos em "boxes" individuais / com 13 incubadoras no seu total e 16 incubadoras, sendo 8 em cada uma das duas salas, 1 incubadora ou berço em boxe individualizada e 12 berços localizados numa única sala. Abarca ainda um grande número de profissionais de saúde onde se destaca 23 médicos com especialidade em neonatologia, 67 enfermeiros em que 23 são especialistas em saúde infantil e pediatria, 1 enfermeira chefe, 1 fisioterapeuta, apoio específico na área da pediatria por uma psicóloga, apoio do serviço social, apoio da equipa de apoio domiciliário integrada no banco do bebé, apoio da especialidades clínicas do centro hospitalar (cardiologista, oftalmologista, entre outros).

momento. Assim, as abordagens de aproximação da família decorreram através dos cuidados ao recém-nascido, ou através da relação estabelecida previamente no puerpério com a mãe (local onde exerceu funções), ou através do pai, isto é observando a postura corporal que os pais adotavam. Observava-se se os pais se focavam apenas no recém-nascido, ou se olhavam para o que os rodeava, ou se eram fechados em si mesmos. Para além deles, foi importante ter consciência enquanto enfermeiro da postura, do verbal e não-verbal, bem como o que se sentia quando se aproximava ou olhava para a família que se pretendia intervir. Teve-se presente os recursos internos e os limites sentidos, enquanto enfermeiro. Ao longo do tempo de estágio foi-se testando os limites e refletindo-se acerca dos recursos internos. Adotou-se ainda uma postura autocrítica realizando reflexões segundo ciclo de Gibbs.

Identificou-se fatores promotores de bem-estar e de vulnerabilidade das famílias, como por exemplo uma "relação de toca e foge" de mães com dificuldade em lidar com a situação em que se encontram - com um bebê prematuro, por vezes com dificuldade de luta pela vida. Um estudo realizado com o intuito de explorar os efeitos da intervenção de suporte às mães no desenvolvimento das suas competências relativamente aos seus bebês prematuros, que se encontram internados numa unidade de neonatologia, chegou a conclusão que as mães do grupo com intervenção de suporte tinham expectativas e intenções que estavam mais sintonizadas e adaptáveis às necessidades de seus filhos. A intervenção de suporte pode efetivamente apoiar as mães a desenvolverem atividades de modo a promoverem melhores relacionamentos com seus bebês prematuros na prestação de cuidados no contexto da unidade de neonatologia (SCHROEDER E PRIDHAM; 2005). Deste modo, interveio-se em momento individuais quer junto ao bebê, quer na sala de pais ou até mesmo no corredor, de acordo com as suas necessidades, em ensinamentos e sessões de aconselhamento individualizados e ainda com a formação de um grupo descrito posteriormente.

Interessou compreender as necessidades do casal na adaptação à parentalidade de modo a preparar o casal para os cuidados que vão ser prestados ao recém-nascido estimulando-os na participação dos mesmos.

Durante os turnos efetuados foi promovido o vínculo e observado o modo como era estabelecido pelos progenitores. Surgiram diversos modos de promoção de vínculo como sejam o incentivo ao toque, ao aconchego, à realização de massagem ao recém-nascido, desde que a sua situação clínica o permitisse. Foram ainda elucidados e estimulados acerca das diferentes formas de comunicação com o recém-nascido: falar/voz, cantar/escutar música suave e agradável, embalar e até mesmo contar histórias do seu dia-a-dia. Através destas formas de comunicação de pais-bebé, tornou-se fácil a divulgação dos sinais de comunicação bebé-pais nomeadamente pela identificação dos diferentes tipos de choro, o sorriso, o deslocar da cabeça, o segurar/agarrar, entre outros sinais. O aleitamento materno/amamentação também foi incentivado com aceitação por parte dos pais.

"Momentos de Partilha"

Avaliadas as dificuldades das mães, de alguns pais e da necessidade de partilha, foi proposto um momento em grupo denominado de "Momentos de Partilha" com o intuito de compartilharem o que sentiam tendo um técnico com disponibilidade para os ouvir e orientar. Este grupo foi aceite prontamente, realizando-se cinco sessões, com supervisão da professora orientadora. Como objetivos desta intervenção delineou-se os seguintes: estimular a vinculação pais - bebés prematuros; estimular a libertação e a verbalização de tensões internas; estimular a expressão das emoções; reforçar pontos positivos pessoais que o cliente identifica e que os outros participantes no grupo identificaram nele; promover uma sensação de conforto psicológico (APÊNDICE IV).

Estas sessões realizavam-se às quintas-feiras, na sala de pais, durante aproximadamente quarenta e cinco minutos. Este grupo era composto por mães e pais de bebés prematuros que se encontrassem internados na neonatologia e se disponibilizassem a participar neste grupo. Cada um ganharia individualmente se tivesse motivação para analisar os seus próprios sentimentos, comportamentos para ouvir e ser ouvido, bem como abertos a repensar os aspetos inerentes a si mesmo que causem sofrimento e comprometem a qualidade de vida. No primeiro momento que participavam no

grupo preenchiem um questionário previamente elaborado (APÊNDICE V) com o intuito de caracterizar os elementos que o compõem.

Numa **primeira sessão** os pais apresentaram-se, e de seguida participaram exprimindo as suas preocupações, anseios e revelando sugestões de temas para se explorar na sessão seguinte. No entanto, neste primeiro momento foi muito tenso. Os elementos estavam muito agitados revelando alguma tensão. Foi necessário recorrer a um momento prático de relaxamento trabalhando a respiração. De facto, acalmaram-se centrando-se neles e foi possível, através de uma questão de partida, dar continuidade ao grupo. De forma mais organizada conseguiram exteriorizar a zanga para com "os enfermeiros da unidade", dando exemplos. Tinha havido anteriormente um desentendimento entre aquele grupo de pais que teriam alta e o enfermeiro responsável pelos bebés. Era um grupo heterogéneo e difícil. Não conseguiram dar exemplos positivos admitindo que estes existiam. Era um momento difícil para aqueles pais, uma vez que estavam perto do dia da alta. Explorou-se como se sentiam relativamente à alta. Não conseguiram explorar-se a si mesmos. Neste sentido desenvolveu-se uma reflexão sobre o papel do enfermeiro e dos pais no bem-estar do bebé. No entanto, foi evidente a necessidade de se desenvolverem técnicas para se acalmarem, se conhecerem para posteriormente estarem disponíveis para o seu bebé, sendo realizados ensinamentos sobre técnicas básicas de relaxamento com aceitação.

Na **segunda sessão** e dando continuidade à anterior, planeou-se uma sessão de relaxamento - relaxamento progressivo de Jacobson (APÊNDICE VI). Mais uma vez, um grupo heterogéneo com mães que estiveram na sessão anterior e "novas" mães. Assim, a confiança entre estes pais tornou-se difícil de se estabelecer. Contudo, foi facilitador a relação empática e de confiança existente. Nem todos os elementos do grupo relaxaram na totalidade e um elemento não conseguiu aderir à sessão (mãe diagnosticado deficit cognitivo). No final, foi pedido para dizerem numa só palavra o que estavam a sentir. Tendo em conta o intuito destas sessões (promoção da vinculação) pensou-se na sessão seguinte trabalhar o vínculo pais-bebé.

Na **terceira sessão** deu-se espaço para fazerem um balanço da semana, para

verbalizarem como se sentiam naquele momento. Com tranquilidade explorou-se a amamentação como modo de vinculação, ou seja partilha das experiências acerca de amamentar o bebé ou retirar leite para o alimentar. Foi uma sessão positiva, por um lado porque as mães se conheciam entre elas, e por outro porque conseguiram expressar sentimentos e emoções partilhando com o grupo. Acrescentou-se estratégias de promoção de vinculação, nomeadamente reforçando a troca de olhares e cumplicidade entre mãe e bebé, como se aquele momento fosse apenas deles (mãe-bebé-pai). Esta sessão deu mote para dar continuidade à promoção do vínculo.

Na **quarta sessão** o grupo manteve-se heterogéneo. Nesta semana uma mãe tinha transferido o seu bebé para outra instituição para ser intervencionado cirurgicamente. Foi dado espaço para verbalizar este momento da separação. O período em que o bebé se encontra internado e que os pais têm contacto com os profissionais de saúde e outros pais é muito relevante, uma vez que ajuda a dar novas significações e construções sobre este seu "novo" filho (BARROS, 2006). Relacionando com a ligação pais-bebé, emergiu a ideia de uma mãe - um diário, elaborado pelos pais e pela irmã do bebé. Este diário ficava na unidade do bebé e todos os profissionais de saúde e todas as pessoas que estivessem em contato com o bebé podiam deixar o seu contributo, a sua mensagem, uma fotografia, a qualquer hora e a qualquer momento. Ficou o testemunho de um modo de ligação ao bebé pela família.

Tendo em conta a existência de mães e pais houve necessidade de falar da mulher e do homem e a importância do papel de ambos. Apesar de não estar planeado este momento foi crucial para refletir a importância do conceito família para uma criança. Tocando ainda no modo como as mulheres expressam as suas emoções e de estarem no momento mais vulnerável não só psicologicamente como fisicamente. No estudo Fegran, Helseth, Fagermoen (2007), as experiências e pontos de vista são diferentes entre homens e mulheres e tornou-se necessário ser explanado no grupo. Neste grupo percebeu-se a necessidade de na próxima sessão continuar a conversar sobre os afetos.

Na **quinta e última sessão** tinha-se preparado um filme acerca do

desenvolvimento do bebé dentro do útero. Após a visualização do vídeo tornou-se gratificante observar os pais a perceberem que o bebé deles tinha terminado a sua gestação, por vezes a meio, e a denotarem com emoção que o bebé já tinha adquirido algumas etapas que devia ter adquirido *in útero*. Deste modo, foi acessível chegar às mães e aos seus afetos e de modo espontâneo surgiram competências do bebé que não tinham denotado até então, ou pelo menos não as tinham valorizado. Foi importante ter abordado o bebé imaginário *versus* bebé real. Por fim, a despedida emocionada, mas com agradecimento por parte dos pais que estavam presentes, dando sugestão para continuar as sessões na unidade de neonatologia.

Estas sessões foram cruciais para o desenvolvimento e para a aquisição de competências e habilidades comunicacionais. Importa ainda referir que foi importante nesta fase a presença de uma supervisora - professora. A sua presença permitiu no final de cada sessão discutir os pontos positivos e negativos, num breve avaliação. A terapia de suporte esteve na base do encontro com os pais.

Realizou-se um encontro com uma responsável pelo Banco do Bebé, uma vez que esta instituição articula com a unidade de neonatologia (APÊNDICE VII).

6. RESULTADOS OBTIDOS - REFLEXÃO DO PERCURSO

Neste capítulo apresentam-se os resultados, isto é, uma reflexão acerca do percurso efetuado ao longo dos ensinamentos clínicos, confrontando aspectos da revisão da literatura, dando suporte à reflexão. Pretende-se ainda realçar e refletir as competências adquiridas e habilidades desenvolvidas, bem como descrever se os objetivos foram alcançados.

O **primeiro momento de estágio** desenvolveu-se no serviço de internamento de pedopsiquiatria. Ao longo dos anos, o internamento foi adaptando o seu funcionamento às exigências de qualidade, bem como à evolução das patologias e da sociedade.

O acolhimento e a integração foram calorosos e graduais. Deste modo, permitiu que se identificasse progressivamente as necessidades do serviço e dos clientes. As intervenções realizadas foram discutidas com a enfermeira orientadora e com a equipa.

Neste estágio atingiu-se as metas e objetivos propostos e desenvolveu-se competências segundo o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (REGULAMENTO Nº129/ 2011). São enumeradas as competências adquiridas e respetiva reflexão:

F1.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Esta competência é a base da relação com os outros. Sem nos conhecermos a nós mesmos não é possível compreendermos o outro. Um dos grandes objetivos pessoais era trabalhar esta competência e penso que foi cumprido. No entanto, é o início de um caminho a percorrer ao longo da vida. Importa referir que a enfermeira orientadora e a equipa ajudaram no desenvolvimento desta competência, nomeadamente nos momentos de reflexão existentes no final do turno, facilitando todo o processo de autoconhecimento, revivendo *in loco* as relações e intervenções terapêuticas estabelecidas permitindo

identificar emoções, sentimentos que pudessem interferir e condicionar os resultados esperados. Para além destes momentos, realizou-se reflexões individuais, em trabalho autónomo, mobilizando instrumentos de análise e reflexão (Ciclo de Gibbs). Com estes momentos aumentou-se o conhecimento de si, uma vez que identificou-se fatores pessoais e valores éticos importantes que podiam ser impasses da relação e desencadear mecanismos de transferência e contratransferência, os quais importa ser capaz de gerir. O autoconhecimento, bem como consciência de si, "dar-se conta" ajudou na intervenção em situação de crise mantendo o contexto e limites. Por outro lado, a intervenção em situação de crise ajudou a crescer e a monitorizar outras respostas comportamentais e emoções de importância relevante no processo terapêutico.

Esta competência foi sendo desenvolvida a cada momento, em relação com os jovens, porque a cada momento importa "dar-se conta". Tal como referia Chalifour (2009) é importante conhecer a si mesmo e usar as suas habilidades para poder penetrar no mundo do outro.

F2.2 Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família

Realizou-se o acolhimento de uma jovem e da sua família ficando responsável pela mesma, com a colaboração da enfermeira orientadora. Foi realizada uma avaliação global das respostas humanas incidindo na saúde mental - realizou-se estudo de caso, que se encontra em apêndice. Avaliou-se as capacidades internas, bem como os recursos externos de modo a recuperar e acima de tudo manter (não regredir) a saúde mental da jovem. O impacto do seu problema de saúde mental tinha interferência não só sua qualidade de vida e bem-estar, mas também na sua autonomia.

F3.1 Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade

Ao longo do estágio identificou-se em todos os turnos, as necessidades do grupo de jovens internados antes da planificação das atividades terapêuticas. Tal como refere Taylor (1992) é necessário compreender o ambiente

terapêutico enquanto ambiente promotor da saúde desde que o foco do enfermeiro seja a satisfação das necessidades das pessoas. Através dos dados colhidos identificou-se os problemas e as necessidades específicas dos jovens e os múltiplos fatores de stress, bem como o impacto da doença mental na sua família. Deu-se suporte psicológico à família presencial e telefonicamente. Identificou-se sinais prodrómicos de crises, antecipando as intervenções de emergência, monitorizando a segurança do jovem, criando um ambiente contentor e de segurança. De acordo com Nabais,

“os cuidados a prestar em internamento devem ter em consideração que a integridade da pessoa ou a de terceiros estão ameaçadas, necessitando de desenvolver técnicas e estratégias de intervenção específicas e significativamente intensas para reduzir ao mínimo o período de internamento, diminuindo o sofrimento mental e prevenindo a desadaptação familiar e social.”
(NABAIS, 2008, p. 42).

Elaborou-se um plano de cuidados, tendo por base sistema de taxonomia padronizados para diagnósticos de Enfermagem, CIPE, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

F3.4 Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados

Partindo da colheita de dados identificou-se as necessidades e fatores promotores de bem-estar e estabeleceu-se prioridades, elaborando e implementando um plano de cuidados personalizado contendo os resultados esperados, tendo em conta as suas necessidades. Após uma avaliação global dos clientes identificou-se algumas necessidades de promoção de saúde e prevenção de doença mental. Desenvolveu-se intervenções e estratégias, nomeadamente estratégias de capacitação e autonomia. Identificou-se e atuou-se em colaboração com a enfermeira orientadora em momento de crise, de emergência psiquiátrica. Aprofundou-se os conhecimentos em psicopatologia e em farmacologia de modo a poder gerir medicação dos jovens, com supervisão. Promoveu-se a adesão ao regime medicamentoso.

F3.5 Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde

Nesta competência houve uma formação acerca do gestor de caso e terapeuta de referência. No serviço implementou-se o terapeuta de referência, onde se experienciou com a colaboração da enfermeira orientadora.

F4.1 Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental

Proporcionou-se aos jovens orientações para prevenir o risco de perturbações mentais. Promoveu-se a adesão à terapêutica, com seja pelo ensino aos jovens e família acerca dos efeitos desejados e potenciais efeitos adversos. Foram ainda sugeridas opções terapêuticas não-farmacológicas. Coordenou-se, atividades desenvolvidas pelo serviço em que o objetivo era a aquisição das competências necessárias a uma adaptação mais autónoma à realidade intra-hospitalar e, faseadamente, à realidade exterior.

F4.2 Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação

Desenvolveu-se atividades terapêuticas já existente no serviço como seja a atividade culinária, a reunião de planeamento semanal, pedojornal, banca das guloseimas e desenvolveu-se outras tendo em conta as necessidades dos jovens. As intervenções foram individuais e em grupo proporcionando um ambiente facilitador da expressão de sentimentos. Realizou-se atividades expressivas utilizando como mediadores o desenho, o barro, a pintura, a escultura, a música de modo a facilitar a catarse, vivenciar experiências gratificantes e aumentar o "insight".

Ao longo deste tempo desenvolveram-se atividades que se tinha proposto inicialmente e participou-se numa formação relevante para o percurso a desenvolver. A formação permitiu ter conhecimentos sobre gestão de caso,

bem como deu contributos acerca da rede nacional de cuidados continuados de saúde mental e psiquiátrica na infância e na adolescência, dando uma visão do futuro da saúde mental em Portugal.

Este estágio foi extremamente enriquecedor, uma vez que proporcionou a aquisição e desenvolvimento de diversas competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, dando conhecimento para prosseguir o percurso.

O **segundo momento de estágio** decorreu em simultâneo com os outros dois estágios, com o intuito de aperfeiçoar o olhar sobre a relação pais - filhos.

O acolhimento caloroso da equipa multidisciplinar permitiu a participação ativa nas reuniões. Estas tornam-se pertinentes, uma vez que permite inferir dados sobre o desenvolvimento psicoafectivo da criança e sobre as características das relações intrafamiliares, em particular da relação de vinculação pais-filhos. Permitiu obter conhecimento acerca dos diferentes tipos de vinculação estabelecida entre pais e filhos, a sua importância e as terapias associadas. É a vinculação que permite ao bebé a possibilidade de explorar o mundo que o rodeia, algo indispensável para a estimulação das suas capacidades inatas. Na realidade a importância da qualidade afetiva no primeiro ano de vida para uma boa estruturação psíquica futura está mais que provada, “qualquer casa se constrói pelos alicerces” (STRECHT, 1999, p. 31).

Estes momentos de discussão e interação permitiram não só observar o padrão de vinculação como também desenvolver competências internas no observador, através de uma atitude reflexiva, que induziram a conhecer valores, princípios que podem ser impasses da relação terapêutica com o cliente e com a equipa multidisciplinar. Levou à realização de uma introspeção permitindo identificar as emoções, os sentimentos e outros fatores pessoais no "aqui e agora". A passagem por este momento de estágio e a partilha existente nas reuniões contribuíram para o desenvolvimento da primeira competência segundo o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros: F1.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de

autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (REGULAMENTO Nº129/ 2011).

Desenvolveu-se ainda a competência F3.1 Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (REGULAMENTO Nº129/ 2011). Através da participação nas discussões dos casos, em equipa multidisciplinar, permitiu afinar e exercitar a observação acerca das necessidades da criança, família e comunidade levando à identificação de diagnósticos de saúde mental.

Participou-se ainda em duas atividades científicas complementares: promoção da saúde mental, onde se teve uma visão dos peritos acerca das intervenções nas diferentes idades e Modelo Floortime/DIR, permitindo um conhecimento mais aprofundado sobre a esta intervenção específica.

Este estágio foi concluído com êxito, uma vez que se adquiriu competências esperadas no âmbito da promoção da vinculação pais-filhos e o aperfeiçoamento da observação como instrumento de trabalho.

O **terceiro momento de estágio** foi o terminar de um percurso. Aprofundou-se competências e conhecimentos já adquiridos anteriormente e desenvolveu-se outras habilidades. Do regulamento de competências de enfermeiro especialista destaco as seguintes competências adquiridas:

F1.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Esta competência é transversal a todo o processo de relação terapêutica. O estágio descrito anteriormente foi transversal a este, o que permitiu à medida que se estabelecia uma relação terapêutica se fosse percebendo de alguns impasses terapêuticos que se tornavam mais claros quando discutidos em equipa. Neste período de estágio teve-se consciência da evolução realizada desde o início. Pôs-se em prática o que se tinha refletido no primeiro momento de estágio, e complementou-se este com o momento de estágio transato. Manteve-se a atitude reflexiva através do exercício de reflexões. Esta

competência foi desenvolvida não só no contato com os pais em momentos da prestação de cuidados, de ensinamentos, mas também, em momentos individuais e em grupo, como seja o grupo de partilha semanal.

F3.3 Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade

Tendo em conta as necessidades dos pais elaborou-se um projeto terapêutico de modo a promover um ambiente promotor de saúde mental através de promoção de aptidões parentais, mobilizando estratégias de intervenção precoce. Esta intervenção consiste em momentos individuais com os pais e em momentos de grupo (grupo de partilha). Na base deste encontra-se a terapia de suporte que segundo Chalifour (2009) " reconhece e aceita o repertório adaptativo do cliente, encoraja os comportamentos positivos, favorece a ventilação, aconselha, estabelece limites, serve de agente de realidade, assegura e serve de modelo de identificação" (p. 267). Este projeto foi aceite pela população alvo e pela direção do local de estágio tendo avaliação positiva para continuar a ser desenvolvido.

F4.2 Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação

Neste estágio desenvolveu-se processos terapêuticos adequados as necessidades dos pais dos bebés prematuros internados de modo a aumentar-lhes o "insight" conseguindo organizar melhor as suas ideias, promovendo mudanças nas suas vidas. O grupo terapêutico foi crucial neste processo de transição, uma vez que favoreceu a libertação de tensões emocionais - catarse - permitindo-se vivenciar experiências gratificantes. As intervenções implementadas permitiram que os pais se adaptassem e integrassem a situação que vivenciaram de início de transição.

Participou-se na preparação do casal para os cuidados ao recém-nascido prematuro, realizou-se ensinamentos individualizados aos pais, de acordo com as suas necessidades, incentivando os pais na estimulação da vinculação. Incentivou-se o toque, o aconchego, a massagem, o embalar e ao *canguru*

holding desde que a situação clínica o permitisse. Estimulou-se e divulgou-se diferentes formas de comunicação com o recém-nascido, bem como a promoção do aleitamento materno. Segundo nos refere Eduardo Sá (1995, cit. por REIS, 2001), os comportamentos de um bebé só podem ser compreendidos quando contextualizados na sua relação com as figuras parentais.

Neste sentido, verificou-se que estas intervenções têm um impacto positivo nos pais, pois ajuda-os a desenvolver as suas competências e capacidades de comunicação com o seu bebé. Foi visível uma autonomia progressiva dos pais na concretização destes cuidados. Os pais demonstram satisfação ao conseguirem atingir os seus objetivos - organizar o bebé - e parecem mais sensíveis aos seus sinais e necessidades.

Desenvolveu-se habilidades comunicacionais, com os pais e profissionais de saúde. A família foi sempre considerada com respeito. Este facto leva a ter em consideração a cultura dessa família. As abordagens de aproximação e aconselhamento são diferentes e diversas. Tal como referiu Brazelton na conferência internacional *Valuing baby and family passion, Towards a science of happiness* (2013), as abordagens de aproximação diferem consoante os pais e os bebés que se encontram. Assim, a observação foi o instrumento crucial de trabalho. Observou-se e identificou-se as necessidades dos pais na adaptação à parentalidade e os seus momentos de vulnerabilidade. O enfermeiro tornou-se profissional de referência para os pais, agindo como facilitador da relação pais-bebé prematuro. A sua intervenção permitiu que os pais se sentissem apoiados nas suas intervenções, dando segurança para dar continuidade aos cuidados prestados.

Deste modo, as intervenções com os pais foram realizadas em momentos individuais e em momentos de grupo - Momentos de partilha, sendo estes dois complementares entre si.

Momentos de Partilha - resultados

Os resultados do grupo "Momentos de Partilha" serão apresentados segundo três perspetivas: apresentação e caracterização do grupo; apresentação dos resultados obtidos de cada sessão; e a avaliação dos resultados segundo os indicadores de resultado "vínculo pais-bebé" e indicadores de processo e de resultado de Meleis.

Relativamente à primeira perspetiva é de realçar que nas sessões pais e mães de bebés prematuros internados, na unidade de cuidados intermédios e na unidade de cuidados intensivos compareceram espontaneamente. Os participantes entraram timidamente, mas cada um a seu tempo abriu-se para o grupo, desenvolvendo comportamento para ouvir e ser ouvido, repensando em situações e aspetos pessoais que causaram sofrimento, comprometendo a vinculação. O grupo foi constituído por 12 pais com idade entre 20 - 37 anos. Destes 17% eram do sexo masculino e 83% do sexo feminino. As mães demonstravam maior disponibilidade para o grupo. Os pais como vinham do emprego ao final do dia ficavam com os bebés, durante esse tempo. Relativamente às habilitações literárias variava, existindo pais com mestrado, com licenciatura, com ensino secundário e estudantes. A maioria dos pais e mães viviam em conjugalidade 33% dos pais encontravam-se em união de facto e 50% eram casados, mas 17% eram solteiros e viviam com os respetivos pais.

Verificou-se que 50% dos pais eram portugueses e 50% de outros países. Destes 42% de África sendo 17% de Angola e 25% de Cabo Verde e 8% de outros países da europa. Estes números dão-nos a informação acerca da situação atual do país, em que muitos nascimentos que ocorrem são de pessoas imigrantes.

Em todos os casos a gravidez foi vigiada, sendo que 42% dos pais não tinha tido experiência de estarem grávidos. Pelo contrário, 58% já tinham tido a experiência de estarem grávidos, mas destes, 17% tiveram abortos, tendo apenas 41% experiência com outros filhos. Na realidade menos de metade dos pais tinham experiência do papel de ser pai e mãe. A primeira vez que o estavam a vivenciar a experiência de serem pais era em situação de grande

vulnerabilidade.

Relativamente aos bebés prematuros a idade gestacional compreendia-se entre as 25 semanas e 5 dias - 35 semanas. O peso variava entre as 845 gramas - 2490 gramas sendo que 50% eram do sexo feminino e 50% eram do sexo masculino. A principal prestadora de cuidados ao bebé era a mãe, logo de seguida o pai e por último a avó (APÊNDICE VIII).

A apresentação dos resultados obtidos nas sessões efetuadas no grupo será explanada segundo a sequência dos acontecimentos ocorridos. Na primeira sessão constatou-se que os pais/mães exteriorizaram os seus sentimentos de zanga para com os enfermeiros, sendo necessário mediação na relação entre eles. Segundo Barros (2006), os pais dos bebés prematuros têm sido descritos com sentimentos intensos de ansiedade, medo e depressão. A mesma autora fez um estudo em 1992 onde verificou que as mães surgiam com níveis elevados de ansiedade, depressão e irritabilidade e que tenderiam a aumentar três meses após a alta. A autora refere que a ansiedade surge principalmente pelo medo e preocupação com a sobrevivência do bebé, a depressão e a labilidade emocional, surge sobretudo porque o parto não foi como esperava e o bebé é menos perfeito e saudável do que o esperado. A irritabilidade, segundo a autora, caracterizada pela impaciência e pela zanga pouco controlada, por vezes é dirigida aos outros, sejam familiares ou profissionais ou até mesmo contra ela própria, por serem responsáveis pelo que aconteceu ou por não compreenderem segundo as mães as necessidades que elas sentem.

Na segunda sessão o sentimento de stress deu lugar à sensação de bem-estar, através da sessão de relaxamento de Jacobson. Atribuiu-se significado ao que sentiam no momento emergindo palavras sugestivas de bem-estar como “estou calma”, “relaxada” e “sinto-me bem”.

Após a terceira sessão as mães verbalizaram que sentiram menos queixas álgicas a nível lombar, procurando adotar uma postura adequada na amamentação; conseguindo aumentar a duração das mamadas. Este facto levou ainda a verbalizarem que aumentou a cumplicidade entre mãe e bebé,

nomeadamente pela troca de olhares e capacitação da interpretação dos sinais do bebé como sejam a saciedade/fome.

Na quarta sessão deu-se continuidade à promoção do vínculo e emergiu a ideia de organização de um diário do bebé. Uma mãe já o tinha elaborado e partilhou com o grupo a experiência positiva que obteve. Nesta sessão surgiu ainda uma reflexão acerca do papel de pai e da mãe no nascimento de um bebé. No estudo de comparação dos pontos de vista e experiências individuais no processo de vinculação de mãe e pai que têm bebé internado na unidade cuidados intensivos de neonatologia, durante a primeira semana pós parto corroborou a reflexão obtida, evidenciando a diferença na forma de resposta da aproximação ao bebé. Os resultados são divididos em duas categorias: a) o sentimento de surpresa - as mães sentem que com o nascimento prematuro surgiu sentimento de impotência, um choque e uma experiência surreal e estranha. Os pais experienciam o nascimento prematuro como um choque, mas sentem-se imediatamente disponíveis para se envolverem; b) construção da relação - as mães tem necessidade de recuperar a relação com a sua criança, ao passo que para o pai é o início de uma nova relação (FEGGAN, HELSETH, FAGERMOEN, 2007).

Muitas mães receiam falar dos seus sentimentos após o parto devido às modificações hormonais e ao cansaço, mas também a este período delicado de passagem entre bebé imaginário e real (BAYLE, 2006). Na quinta sessão explorou-se o bebé imaginário versus bebé real. Os pais/mães exteriorizaram sentimentos associados ao delicado percurso realizado. Partilharam a felicidade de serem pais por um lado e a tristeza de serem pais prematuros por outro. Com o filme descobriram competências do bebé que ainda não as tinham denotado. Competências essas que "normalmente" (bebé de termo) já estão desenvolvidas *in útero* e que o bebé prematuro vai adquirindo depois do nascimento.

As intervenções realizadas serão avaliadas segundo indicadores de resultado "vínculo pais- bebé" e indicadores de processo e resultado segundo Meleis.

Na avaliação das intervenções realizadas foi utilizado a Nursing Outcome

Classification referentes ao resultado "Vínculo pais - bebé" (JOHNSON, MAAS, MOORHEAD, 2004). Este resultado encontra-se dentro do domínio psicossocial ao nível da interação social e tem como definição procurar comportamentos que demonstram um vínculo afetivo duradouro entre um pai/mãe e um bebé. Foram utilizados apenas alguns indicadores, uma vez que estes pais foram acompanhados numa etapa de sua vida - após o nascimento. (ANEXO IV). Realizada avaliação tendo em conta alguns indicadores de resultado, partindo da observação da interação pais-filho e das verbalizações dos pais - de como se sentem com eles próprios e na prestação de cuidados ao bebé - pode-se afirmar que o grupo teve resultados positivos.

Dos 12 pais foram avaliados 5 mães, pois foram as que permaneceram no grupo desde o início até ao final. Relativamente ao indicador de resultado 09 - *Pai/mãe visitam o bebé* não houve alterações significativas, uma vez que estas mães visitavam o seu bebé regularmente. O indicador 17- *Pai/mãe alimentam o bebé* e o indicador 18 - *Pai/ mãe mantém o bebé seco, limpo e aquecido* foi muitas vezes demonstrado pelas mães dos bebés desde que a sua situação clínica o permitisse. Foi necessário mediação entre enfermeiros e pais em algumas situações de contacto com o bebé. Após se integrarem no ambiente da unidade tornou-se mais fácil para as mães tocaram no seu filho. A visualização do enfermeiro na prestação de cuidados levou a que tentassem imitá-lo, levando a que estes indicadores fossem muitas vezes demonstrados pelas mães. Como refere Brazelton (1992), os pais dos bebés internados atravessam fases progressivas antes de encararem o bebé como seu e antes de confiarem em si próprios para lidarem e se relacionarem com ele. Relacionam-se com o bebé através da informação recebida pelos profissionais de saúde acerca de valores analíticos. Observam e sentem-se encorajados pela presença dos reflexos automáticos que observam no momento da manipulação pelos profissionais, apercebendo-se dos sinais responsivos do bebé. Quando se atrevem a produzir os movimentos de resposta, começam a sentir-se pais deste bebé, podendo encararem-se como responsáveis pelas reações do mesmo. Quando tentam pegar no bebé, tê-lo ao colo, embalá-lo, ou mesmo alimentá-lo, os pais consumam a vinculação.

Os indicadores 19- *Bebé olha para o pai/mãe*; 20 - *bebé reage às indicações do pai/mãe*; 21 - *bebé busca proximidade com os pais*; 22 - *bebé explora o ambiente* também aumentaram, o que poderá se prender com facto do bebé se encontrar mais desperto, facilitando a interação.

Os resultados ao nível da interação pais-bebé alteram-se significativamente. O indicador 15- *Pai/ mãe reagem às indicações do bebé* passou a ser muitas vezes demonstrado. A grande diferença prendeu-se com o indicador 4 - *Pai/mãe verbalizam sentimentos positivos em relação ao bebé*, indicador 8 - *Pai/mãe sorriem para o bebé* e do indicador 7- *Pai/ mãe beijam o bebé* variando de raramente demonstrado para consistentemente demonstrado. Tal como refere Fonseca e Magão (2007) e Vilela (2008), os pais de bebés prematuros precisam consciencializar-se da imaturidade do seu filho, familiarizar-se com as características físicas e estados comportamentais do bebé e aprender a conhecer os sinais subtis, para desenvolverem competências que lhes permitam saber o que esperar o seu filho, e como prestar-lhe os cuidados específicos de que necessita. Com a ajuda das sessões e da disponibilidade dos pais foi possível atingir essas competências. Foram explorados diferentes formas de comunicação e interação levando a libertação de sentimentos.

Os pais aumentaram os seus comportamentos saudáveis, atribuindo características positivas ao bebé e à relação entre eles. Foi visível o aumento do toque em que os pais seguravam, alimentavam e beijavam o seu bebé. Sorrindo colocavam-no face-a-face, com segurança e tranquilidade. Reagem aos sinais do bebé positivamente demonstrando maior proximidade entre eles.

No grupo realizado encontravam-se mães sozinhas (monoparentais), tendo como apoio as suas mães (avós maternas do bebé). Estas apresentaram maior dificuldade em estabelecer vínculo com os seus bebés, segundo a observação com suporte dos indicadores “vínculo pais-bebé”. Existiam ainda pais e mães imigrantes, longe da região de origem, sem família alargada próxima, que referiam sentir falta deste apoio presencial e apontavam como sendo um fator de stress e angústia.

Nos pais e mães que frequentaram o grupo, os pais regressaram ao emprego (como fonte de subsistência) e as mães referiram sentirem uma ambivalência entre voltarem ao emprego e ficarem com o bebê na unidade. De modo a colmatar esta ambivalência, algumas mães mantinham-se em contato com colegas do emprego e outras iniciaram outro projeto, como por exemplo regressar à escola. Brazelton na conferência internacional *Valuing baby and family passion, Towards a science of happiness*, corroborou a experiência obtida. O pediatra referiu que os pais sobre stress colocam o desenvolvimento das crianças em risco. Dos principais fatores de stress destacou as famílias monoparentais, a inexistência de uma família alargada e integração da mulher/mãe no mundo do trabalho.

Na avaliação das intervenções partindo de indicadores de processo enunciados por Meleis (2012), destacou-se: *sentir e estar ligado* - no início das sessões e à medida que entravam novos pais percebeu-se que estes estavam centrados no bebê, ignorando, consciente ou inconscientemente os restantes relacionamentos como sejam o relacionamento conjugal, com outros filhos, família e amigos próximos. Ao longo do tempo em que decorreram as sessões esta postura foi-se alterando no sentido de maior socialização e introspeção deles mesmos. *Interação* - a interação com o filho no início das sessões era descrita como algo difícil, estranho, assustador, associando o ambiente como condicionante para a ação. Foi importante desmistificar as crenças acerca do ambiente e dos profissionais de saúde para conseguirem entrar em interação com o bebê e posteriormente com o que os rodeia; *estar situado* - este indicador foi difícil, pois tinham-se que situar no espaço e nas relações, mas foi alcançável ao longo das sessões; e o *desenvolvimento de confiança e coping*, no final das sessões foi visível a tranquilidade com que os pais tocavam, pegavam, embalavam, prestavam cuidados ao bebê, transmitindo um sentimento de confiança. Adotaram mecanismos para lidar com a situação em que o bebê se encontrava.

Assim, o significado da transição e dos comportamentos foram descobertos, clarificados e reconhecidos contribuindo para um processo de transição saudável. Como resultado desta intervenção e com a finalidade de avaliar o

seu impacto (transição saudável) refletiu-se partindo dos indicadores de resultado, segundo Meleis (2012). *Mestria* - a maioria dos pais/mães desenvolveram capacidades e comportamentos por forma a gerir as novas situações e o ambiente novo, vivendo melhor o processo de transição; *integração fluida da identidade* - os pais/mães interiorizaram novos comportamentos, experiências e competências que deram início à mudança da sua identidade levando a assumirem e integrarem novo papel de pai e mãe; *bem-estar* - os sentimentos de stress exteriorizados na primeira sessão deram lugar a uma sensação de bem-estar; *bem-estar nas relações*, deram sinais de uma melhor adaptação e integração da família no processo de transição.

As sessões permitiram aos pais organizarem as suas ideias, favorecendo a libertação de tensões emocionais, facilitando a adaptação à parentalidade e a vinculação.

Para além das competências de enfermeiro especialista em saúde mental, desenvolveu-se competências comuns de enfermeiro especialista. Destas destaco competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal como sejam o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, desempenhando um papel dinamizador, planeando um projeto de melhoria da qualidade, criando e mantendo ambiente terapêutico e seguro. Competências do domínio da gestão dos cuidados, gerindo os cuidados com supervisão de orientador, articulando com a equipa multidisciplinar. Competências do domínio das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o conhecimento de si-mesmo e consequentemente a assertividade, baseando a praxis clínica em conhecimento consistente (ANEXO V).

Os objetivos propostos para este estágio foram cumpridos com sucesso. Em suma, o percurso efetuado foi enriquecedor enquanto pessoa e enfermeira, permitindo um melhor conhecimento de si mesmo e permitiu a aquisição de competências que conferem ao enfermeiro especialista saúde mental. Os enfermeiros que cuidam das relações pais-filhos são desafiados a criar

objetivos de modo a poder responder às complexas necessidades da criança e da família. Estes têm que possuir uma capacidade de organização para poderem conceptualizar, implementar e prestar cuidados às crianças e respetiva família (STUART, 2001). Por outras palavras, Pedro (2006) afirma que a definição de cuidados de enfermagem passa por uma especial atenção dispensada à criança e à família contribuindo, assim, para o seu bem-estar, promovendo maior confiança e segurança, proporcionando uma real relação de ajuda. Regra essencial para a prestação de cuidados é a de que todo o ser humano é igualmente merecedor de cuidados, independentemente da sua forma de estar, do que é ou do que faz. Todo o ser humano é equivalente em dignidade (HESBEEN, 2004).

Da perspetiva de um enfermeiro, a família terá que ser sempre considerada. Torna-se necessária a identificação do tipo de relações existentes dentro da família, reparando na dinâmica familiar existente. O enfermeiro terá que ser um comunicador habilidoso, sendo capaz de suprir todas as necessidades dos bebés e mobilizar as competências parentais nomeadamente nos cuidados a prestar (SORENSEN e LUCKMANN, 1998 e MURRAY, 2006).

7. QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização deste trabalho foi enviado um pedido de autorização da escola para a administração do Hospital, e deste para o serviço tendo sido aprovado.

Previamente à realização do estágio apresentou-se aos serviços, de modo a conhecer e conferir autorização dos mesmos para a realização das atividades e objetivos propostos.

O projeto foi apresentado às equipas nos diferentes contextos de estágio.

De modo a respeitar a decisão dos clientes os cuidados foram prestados segundo o Princípio da Autonomia.

Houve o cuidado na aplicação do Princípio da Beneficência e da Não Maleficência, prestando os cuidados aos clientes suportada por uma rede de apoio (enfermeiro orientador dos diferentes locais de estágio, equipa multidisciplinar e a professora orientadora).

Os resultados obtidos através das intervenções realizadas foram transmitidos em passagem de turno aos colegas, de modo a possibilitar a partilha de conhecimento de cada família numa perspetiva global.

Ao longo do estágio foi realçado a confidencialidade dos dados e o seu direito ao anonimato; No grupo terapêutico - Momentos de Partilha - foi dirigido aos pais um convite alusivo à participação do mesmo, tendo os elementos comparecido de forma voluntária.

8. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Foi limitador neste projeto o facto de não ter dispensa laboral para a realização do estágio e relatório, tornando um esforço acrescido;

O facto de não ter tido experiência das consultas de bebés irritáveis e bebés silenciosos, pode ser interpretado como limitador das experiência de estágio, no sentido de estas serem consultas numa vertente mais especializada. Contudo, a experiência das reuniões de interação na consulta de primeira infância trouxe contributos gerais essenciais para a aplicação do projeto.

Tornou-se no início limitador o facto de nunca ter exercido funções numa unidade de neonatologia, o que levou a uma integração mais prolongada. No entanto, as bases da experiência profissional adquirida foram contributos que levaram ao sucesso do desenvolvimento deste projeto e a adaptação a esta realidade.

A existência de um grupo terapêutico aberto, pode tornar-se uma limitação, uma vez que variando os seus constituintes, a dinâmica associada altera-se dificultando a relação de confiança entre os elementos do grupo.

9. QUESTÕES EMERGENTES E SUGESTÕES

A elaboração deste trabalho e a reflexão subjacente levou a questionar o porquê de não existir um enfermeiro de saúde mental nos serviços com outras especialidades nomeadamente neonatologia ou puerpério. Tal como foi relatado no trabalho são momentos de crise e de transição, que causa mudanças na vida dos clientes, tornando-se difícil para os profissionais de saúde gerir estas situações quando não têm formação específica para cuidar das relações.

Foi pedido por parte dos pais e dos profissionais de saúde a continuidade do grupo realizado no momento de estágio - unidade de neonatologia, uma vez que este estava a conduzir a resultados positivos. Assim, a realização de um grupo terapêutico na unidade de neonatologia torna-se relevante.

Os resultados deste relatório podem de algum modo serem úteis para o futuro desenvolvimento de estudos nomeadamente alargados à população, ou seja, que possam ser generalizados.

Seria interessante estudar em profundidade a experiência vivida pelo pai na relação com o seu filho, em contexto de prematuridade.

Seria ainda relevante a realização de um estudo longitudinal de um grupo terapêutico numa unidade de neonatologia.

10. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve por base a problemática em torno da dificuldade de transição para a parentalidade dos pais com bebés prematuros.

A transição para a parentalidade é um período de vulnerabilidade. Quando um bebé nasce prematuro, a vulnerabilidade aumenta, ampliando também o desafio de ser pai e mãe. A sociedade atual tem vindo a mudar, alterando também os tipos de família e consequentemente a transição para a parentalidade.

Tendo em conta que o desafio colocou-se a seguinte questão: Como pode o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria ajudar/apoiar as famílias no processo de vinculação com um bebé prematuro?

Estas famílias foram acompanhadas em dois momentos de intervenção, como sejam em momentos individuais e em grupo, indissociáveis entre si. A intervenção do enfermeiro iniciou-se com o estabelecimento de uma relação de confiança com os pais, partindo de diferentes abordagens de acordo com a disponibilidade de cada mãe/pai. Identificou-se as necessidades do casal na adaptação à parentalidade. Foram estimuladas formas de comunicação com o recém-nascido: falar/voz, cantar/escutar música suave e agradável, embalar. Identificação dos sinais de comunicação do recém-nascido/bebé. Sensibilizou-se para a identificação dos diferentes tipos de choro e para o sorriso. Promoveu-se a amamentação/ aleitamento materno, e a sua importância no estabelecimento da ligação mãe-bebé. Foi ainda estimulado a realização do toque e do aconchego desde que a situação clínica o permitisse. Esta situação proporcionou à realização de uma mediação entre enfermeiro e pais. Neste sentido, verificou-se que os pais progressivamente desenvolveram capacidades de identificação das necessidades do bebé, mostrando satisfação.

O grupo "Momentos de Partilha" levou que estes pais/mães trabalhassem fatores internos que condicionavam a ligação ao seu bebé. Permitiu que olhassem o bebé como um ser, com direito a sua individualidade, com características próprias possibilitando a sua integração na família.

Desenvolveram capacidades e comportamentos de forma a gerir o ambiente novo, interiorizando novos comportamentos, experiências e competências que modificaram a sua identidade levando a assumirem e integrarem novo papel de pai e mãe. Permitted a exteriorização de sentimentos de stress dando lugar a uma sensação de bem-estar. Os pais iniciavam a sua interação na satisfação de necessidades tais como alimentação e higiene. Mais tarde reagem às interações do bebé sorrindo, beijando, colocando face-a-face com segurança e tranquilidade, descrevendo aspetos positivos no bebé. Este facto contribui para uma transição saudável da parentalidade, assumindo de forma tranquila e harmoniosa o seu papel de mãe e pai, permitindo ganhos em saúde.

No bebé prematuro é mais difícil ler e interpretar os sinais, potenciando o stress parental. Assim, os cuidados foram centrados na família, considerando o bebé como um parceiro. O bebé é que ensina os pais, o enfermeiro é um perito e facilitador da relação. Os bebés dão sinais e os pais vão ao encontro dessas necessidades, encontrando o amor.

Realizou-se um percurso que aumentou o grau de complexidade e autonomia ao longo do tempo. Neste caminho adquiriu-se competências de enfermeiro especialista em saúde mental como sejam:

F1.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

F2.2 Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família;

F3.1 Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;

F3.3 Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade;

F3.4 Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados

esperados;

F3.5 Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde;

F4.1 Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental;

F4.2 Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

Adquiriu-se ainda competências comuns de enfermeiro especialista: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados; competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Importa referir que o enfermeiro com a especialidade em saúde mental tem desenvolvidas competências para a compreensão do outro e de si mesmo na relação. Ajudar/apoiar os pais no processo de vinculação é observar os pais, compreendê-los, aceitá-los e ajudá-los nesta transição.

Este projeto permite uma nova visão acerca da importância da especialidade de saúde mental, no sentido de se focar na prevenção e promoção. Assim, defende-se a importância de um enfermeiro especialista em saúde mental nos serviços específicos em outras especialidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. (2002) - **(des) Equilíbrios Familiares**. Lisboa: Quarteto. ISBN: 989-558-067-3.

ALARCÃO, M. *et al* (2004)- A Complementaridade das interações mãe-bebé. In SÁ, E. (org.). **A maternidade e o bebé**. Lisboa: Fim de Século. ISBN: 9727541941.

BARROS, L. (2006) - A unidade de cuidados intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. In CANAVARRO, M. C. . **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2006, ISBN:989-558-081-9, pp.297-316 .

BAYLE, F. C. (2005) - A Parentalidade. In LEAL, I. (2005). **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século,2005, ISBN: 972-754-235-2, pp 317- 346.

BAYLE, F. C. (2006) - **Á volta do nascimento**. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN: 972-796-249-1.

BOWLBY, J. (2002). **Apego: a natureza do vínculo**. 3ªed. 1º volume. São Paulo: Martins Fontes Editora. ISBN 853360906X.

BRAZELTON, T. B. (1992) - **Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar, ISBN: 972-710-056-2.

BRAZELTON, T. B. (1995) - **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. Lisboa: Editorial Presença, ISBN 978-972-23-1930-0.

BRAZELTON, T. B. (1995) - Tornar-se Família com o Bebé XXI. In GOMES-PEDRO, J. *et al.* - **Bebé XXI: Criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISBN: 9723106647, pp.69-77.

BRAZELTON, T. B. e CRAMER, B. G. (1989). **A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce**. Lisboa: Terramar. ISBN 9727100835.

CAMPOS, R. (2000) - Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. **Análise Psicológica**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISSN 0870-8231, N.º 1 (XVIII). pp.15-35.

CANAVARRO, M. C. e PEDROSA, A. (2005) - Transição para a Parentalidade: Compreensão segundo Diferentes Perspetivas Teóricas. In LEAL, I.. **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2. pp.225-255.

CANAVARRO, M. T. (2001) - **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores. ISBN 989 558 081 9 .

CANAVARRO, Maria Cristina Sousa (1999) – **Relações Afetivas e Saúde Mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-02-3.

CHALIFOUR, Jacques (2008) - **A intervenção terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. vol. I, Loures: Lusociência. ISBN:978-989-8075-05-5.

CHALIFOUR, Jacques (2009) – **A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção**. Volume II. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-21-5.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL - VALUING BABY AND FAMILY PASSION TOWARDS A SCIENCE OF HAPPINESS, 1ª edição, Lisboa, 2013 - **Conferência internacional - Valuing baby and family passion towards a science of happiness**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

CRUZ, Ana Rute Martins da, et al. (2010) - Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica, **Revista eletrónica de enfermagem** [em linha]. vol. 12 nº1 (2010). p. 1518-1944. ISSN: 1518-1944. Acedido em: 15/2/2013, CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=4f9d22e8-5e31-4d52-9a2a-180139e2f383%40sessionmgr15&hid=121>

DECRETO- LEI N.º 437/91 - Regime legal da carreira de enfermagem, **Diário da República, 1ª Série**. Nº 257 (8 de Novembro de 1991). pp.5723-5721.

EDWARDS, Lienne D. – Adaptação à Paternidade/Maternidade. In: LOWDERMILK, Leonard Deitra, PERRY, Shannon E. e BOBAK, Irene M. – **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª ed. São Paulo: Artmed Editora, 2002. 928 pp. ISBN: 0-323-00215-3. pp 457-493.

FEGGAN, Liv; HELSETH, Solvi; FAGERMOEN, May Solveig (2008) - A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing** [em linha]. vol. 17 nº6 (Março 2008). p. 810-816 . ISSN 0962-1067. Acedido em: 15/2/2013, CINAHL Plus With full text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4f9d22e8-5e31-4d52-9a2a-180139e2f383%40sessionmgr15&hid=11>

FERRAZ, M. (2009) - Princípio(s) das Terapias e Psicoterapias Expressivas Integradas. In: Ferraz, M. - **Terapias Expressivas Integradas**. Venda do Pinheiro: tuttirév. ISBN: 978 989 96401 0 8.

FERREIRA, M. e COSTA, M. (2004) - Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Millenium - Revista do ISPV** .[em linha]. Nº30, (Outubro de 2004). pp.51-58. Acedido em 13/12/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/default.htm>. ISSN 1647-662X.

FIGUEIREDO, B. (2003) - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de psicologia clínica y de la salud/ International**

Journal of Clinical and Health Psychology. [em linha]. Vol. 3 Nº 3, pp. 521-539. Acedido em 25/12/2013. Disponível em: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf. ISBN 1576-7329.

FONSECA, A. e MAGÃO, M. (2007) - Ser mãe de recém-nascido prematuro. Vivência do processo de transição para a maternidade. In CAMARRO, I. *et al* - **Aprendendo o Cuidado de Enfermagem**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. ISBN 978-972-99657-1-5. pp 73-90.

GOMES, A. (2010) - Vinculação Mãe-Recém-Nascido. A influência da hospitalização por cirurgia cardíaca. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº22 (Ago. 2010) pp.45-54.

GUEDENEY, N., e GUEDENEY, A. (2004). **Vinculação. Conceitos e aplicações**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7.

HAKBROOKS, SaraJ.; ANDERSON, Gene Cranston (2008) - Kangaroo Care and Breastfeeding of Mother-Preterm Infant Dyads 0-18 Months: A Randomized, Controlled Trial. **Neonatal Network** [em linha]. vol. 27 nº 3 (Maio-Junho, 2008). p. 151-159. ISSN 0730-0832. Acedido em: 15/2/2013, MEDLINE Plus With full text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=4f9d22e8-5e31-4d52-9a2a-180139e2f383%40sessionmgr15&hid=121>

HESBEEN, Walter (2004) – Cuidar: uma necessidade para o mundo. In HESBEEN, Walter (dir.) – **Cuidar neste Mundo**. 1.^a ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-71-1. pp. 9-30.

HOCKENBERRY, M., et al. (2006) - **Enfermagem Pediátrica**. São Paulo: Elsevier Editora. ISBN 9788535219180.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) (2013) - **Estatísticas demográficas 2011**. Lisboa: INE. ISBN 978-989-25-0169-7.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2006) - **CIPE versão 1 - Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92 95040 36 8.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean e MOORHEAD, Sue. (2004) - **Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC**. São Paulo: Artmed. ISBN: 85.7307-820-0.

JORGE, A.(2004) - **Família e a hospitalização da criança: repensar o cuidado em enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-79-7.

KITZINGER, S. (1978) - **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-2045-9.

MALDONADO, M. T. (1986) - **Psicologia da Gravidez - Parto e Puerpério**. Petrópolis: Vozes Editora. ISBN 8502022385.

MARTINS, Amanda Jesica Viana Santos; SANTOS Inês Maria Meneses dos

(2008) - Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. **Revista eletrônica de enfermagem** [em linha]. vol. 10 nº3 (2008). p. 703-710. ISSN: 1518-1944. Acedido em: 15/2/2013, CINAHL Plus with Full Text. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=4f9d22e8-5e31-4d52-9a2a-180139e2f383%40sessionmgr15&hid=121>

MELEIS, A.I. (2012). **Theoretical Nursing: development and progress**. 5ª Ed. Philadelphia. Lippincott William & Wilkins. ISBN 978 1 60547 2119

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) – **Transitions Theory: Mid-Range Situation Specific Theories in Nursing Research and practice**. New York. Springer Publisher Company. ISBN 978 0 8261 0535 6.

MENDES, I. M. (2002) - **Ligação Materno-Fetal**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972 8717 67 9.

MENDES, I. M. (2009). **Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto**. Coimbra: Mar da Palavra. ISBN 978 972 8910 41 9.

MURRAY, Patrícia (2006) – Influências da Família na Promoção da Saúde da criança. In: HOCKENBERRY, Marilyn J. et al. – **Enfermagem Pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.. ISBN: 85-352-1918-8. p. 30-54.

NABAIS, António J. S. A. – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. In **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Nº 30 (Outubro 2008). ISSN 1646-2629. p.38-43.

NEU, Madalynn e ROBINSON, Joann (2010) - Maternal Holding of Preterm Infants During the Early Weeks After Birth and Dyad Interaction at Six Months. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing** [em linha]. vol. 39 nº4 (Julho- Agosto 2010) p. 401-414. ISSN 0884-2175. Acedido em: 15/2/2013, CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=997056b0-856a-4b2a-b8af-94dd9989bb%40sessionmgr11&hid=11&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010716789>

PAPOUŠEK, H. e PAPOUŠEK, M. (2005) - Padrões de Discurso entre os Pais e o Bebê. In GOMES-PEDRO, *et al* (coord.). **A Criança e a família no século XXI**. Lisboa: Dinalivro. ISSN 9789725763957. pp.155-164.

PEDRO, Ana Patrícia, et al. (2006) - Parentalidade, Intervenção de Enfermagem. **Acontece Enfermagem**. Lisboa. ISBN 1645-1805. vol. 5, Nº 11. (Janeiro-Junho 2006) pp. 23-26.

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

PORTARIA Nº149/2011 - cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), **Diário da República, 1ª série**. Nº 70 (8 de Abril de 2011) pp. 2085-

2096.

PORTUGAL. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008) **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**, Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978 989 95146 6 9.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2006). **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-121-7.

REGULAMENTO n.º 129/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. **Diário da Republica, 2ª Série**, n.º 35, 18 Fevereiro de 2011, p. 8669-8673.

REIS, Nuno (2001) – De feto a bebé. In: SÁ, Eduardo – **Psicologia do feto e do bebé**. 2ª Ed. Lisboa: Fim de Século. ISBN: 972-754-172-0. 144pp.

RELVAS, Ana Paula (1996). **O ciclo vital da família**. Lisboa. Edições Afrontamento. ISBN 9789723604139.

ROCHA, A. et al (2007) - Que cuidado de Enfermagem na vivência do casal na sua transição para a parentalidade. In CAMARRO, I. et al (2007). **Aprendendo o Cuidado de Enfermagem**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. ISBN 978-972-99657-1-5. pp 29-49.

SCHROEDER, Michele e PRIDHAM, Karen (2006) - Development of Relationship Competencies Through Guided Participation for Mothers of Preterm Infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**[em linha]. vol. 35 Nº 3 (Junho- Maio 2006). p.358-368. ISSN: 0884-2175. Acedido em: 15/2/2013, CINAHL Plus With full text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=4f9d22e8-5e31-4d52-9a2a-180139e2f383%40sessionmgr15&hid=11>

SCHUMACHER, Karen L.; MELEIS, Afaf I. (2010) – 1.3 Transitions: A Central Concept in Nursing. In MELEIS, Afaf- **Transitions Theory: Mid-Range Situation Specific Theories in Nursing Research and practice**. New York. Springer Publisher Company. ISBN 978 0 8261 0535 6. pp. 38- 51.

SILVA, M. J. e LOPES, N. (2008) - **Comunicação Intrauterina**. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem. ISBN 978 972 99371 56.

SORENSEN & LUCKMAN (1998) – Capítulo 18 : Família. In SORENSEN & LUCKMAN – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-96610-6-5. pp. 397-408.

STRECHT, Pedro (2003) – **Interiores**. 3ª ed. Lisboa: Assírio & Alvim. ISBN: 972-37-0651-2.

STUART, Gail W. (2001) – Capítulo 2: Relacionamento Terapêutico entre Enfermeiro e Paciente. In STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6.ª ed. Porto Alegre: Artmed

Editora. ISBN: 85-7307-713-1. pp. 46-84.

TAYLOR, Cecília – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, ISBN 85-201-0074-6. p. 89-111.

VILELA, S. (2008) - Envolvimento Parental numa UCIN. Necessidades emergentes. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Lisboa: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. ISSN 0873-1586, Nº14. (Abr.-Jun. 2008) pp.36-42.

WILLIAMS, Rhea P. – Dinâmica Familiar após o nascimento. In: BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK, Deitra Leonard; JENSEN, Margaret Duncan – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999. 1017pp. ISBN: 972-8383-09-6. pp.467-481.

ANEXOS

ANEXO I

Regime de Parentalidade - Decreto-Lei nº 91/2009 de 9 de Abril

ANEXO II

Regulamento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental

ANEXO III

Situação adaptada de Strange Situation de Mary Ainsworth

ANEXO IV

Escala de vínculo pais-bebê

ANEXO V

Regulamento de competências comuns de enfermeiro especialista

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma

APÊNDICE II
Estudo de caso

APÊNDICE III

Planeamento intervenções psicoterapêuticas

APÊNDICE IV

Planeamento do Grupo: Momentos de Partilha

APÊNDICE V
Questionário

APÊNDICE VI

Guião de relaxamento progressivo de Jacobson

APÊNDICE VII

Resumo do encontro com responsável do Banco do Bebê

APÊNDICE VIII

Caraterização do grupo "Momentos de Partilha"