



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

**Intervenção especializada de saúde mental na  
Promoção da Parentalidade**

**Maria Luís de Lima Amaral e Oliveira Portugal**

---

**Lisboa  
2024**



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

**Intervenção especializada de saúde mental na  
Promoção da Parentalidade**

**Maria Luís de Lima Amaral e Oliveira Portugal**

---

Orientador: Professor José Manuel Tatá Falé

---

**Lisboa  
2024**

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.”*

Carl J. Jung

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que se têm cruzado na minha vida, com menção especial aos pais e crianças, com quem aprendi ao longo desde processo formativo, e aos meus amigos, por reforçarem como me sinto: completa, ainda que inacabada.

Às orientadoras de estágio Vanessa e Carla, pelo seu exemplo e disponibilidade.

Aos meus colegas de mestrado, em particular a Catarina, Sónia e Susana, que destaco com amizade que perdurará, pelo companheirismo, partilha e palavras de incentivo ao longo deste percurso.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinha, que pela sua recente experiência também me motivaram a explorar esta temática.

Aos meus pais e avós, que prestaram atenção aos insucessos, vulnerabilidades e conquistas da minha vida, sempre procurando dar robustez às raízes com que hoje me ergo. Reafirmo o meu agradecimento pelo seu contínuo e consistente cuidar: o Amor.

Ao professor orientador José Falé, por me desafiar e inspirar a ser fiel à minha natureza como recurso e atributo na relação com o outro.

Ao Bruno, mais além de ser a pessoa que me acompanha, por saber ser calor mesmo quando me falta luz, mas, ainda mais, por também saber ser desassossego para que eu não permaneça estanque.

Reconheço-me, igualmente, motivo pelo qual me estou grata, a capacidade de investimento pessoal / profissional e, não obstante as naturais adversidades, o saber disfrutar dos momentos com encanto e entusiasmo.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AT – Atividade Terapêutica

CAL – Comportamento autolesivo

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRI – Centro de Responsabilidade Integrado

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESM – Enfermagem de saúde mental

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GTEPIA – Grupo de Triagem e Encaminhamento para Psiquiatria da Infância e Adolescência

IMV – Ingestão medicamentosa voluntária

IS – Ideação suicida

MGF – Medicina Geral e Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA – Perturbação do comportamento alimentar

*PDSS – Postpartum Depression Screening Scale (21 – gravidez / 24 – pós-parto)*

PEA – Perturbação do espectro do autismo

PI – Parentalidade inaugural

*Sic – sic erat scriptum*

SPTF – Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar

*Triple P – Positive Parenting Program*

USF – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

**Introdução:** Visando o desenvolvimento de competências do EEESMP, foram realizados dois estágios: hospitalar, introdutório às competências e a um entendimento pessoal salutogénico da saúde mental perinatal; na comunidade, desenvolvendo-se esta temática com aplicação de sessões com a família em situação de PI. Face às exigências adaptativas inerentes à parentalidade e relação causa-efeito das experiências precoces no desenvolvimento infantil, este período merece particular atenção.

**Objetivos:** Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMP; analisar as experiências da relação interpessoal com as famílias e a autorressonância destas; avaliar a tríade familiar, aferindo expectativas/necessidades; aplicar intervenções psicoterapêuticas que visem o bem-estar da tríade; reconhecer situações complexas que exijam intervenção diferenciada e referenciação.

**Metodologia:** Pesquisa em literatura cinzenta e nas bases de dados PubMed e CINAHL. A intervenção aplicada e em estudo, inspirada no *Triple P*, apoia-se nas teorias de enfermagem de Meleis e Peplau, consistindo em 4 sessões monofamiliares com periodicidade quinzenal; critérios de inclusão: PI no primeiro ano pós-natal e pais que participem consentida/voluntariamente; critérios de exclusão: pais com psicopatologia grave e sinalizados por negligência/maus-tratos.

**Resultados:** Participaram 4 famílias na configuração mãe-pai-bebé. As necessidades aferidas respeitam: conjugalidade, cuidados parentais, situação económica e questões sociofamiliares. Os problemas de saúde mental relacionam-se com as dimensões sono/repouso, autopercepção, papel parental, relacionamento conjugal/familiar e *coping*/tolerância ao stress. Como intervenções psicoterapêuticas destacam-se: aconselhamento, promoção do *coping*, psicoeducação, suporte emocional, terapia de relaxamento e promoção da integridade familiar.

**Conclusões:** Numa perspetiva salutogénica, reforça-se necessidade de incorporar a ESM nas equipas de cuidados de saúde primários de forma a satisfazer necessidades da tríade familiar. Sugere-se replicação da intervenção com maior amostragem. O contributo dos estágios proporcionou o desenvolvimento das competências do EEESMP, salientando-se a mobilização do 'eu' enquanto instrumento psicoterapêutico no acolhimento/compreensão dos pais e subjacente gestão de impasses terapêuticos.

**Palavras-chave:** ESM, saúde mental perinatal, experiências precoces, PI, vinculação.

## ABSTRACT

**Background:** In order to develop specialized skills in mental health nursing it was carried out a clinical training in two contexts: hospital, which introduced those skills and induced a salutogenic personal understanding of perinatal mental health; in the community, where this theme was developed through application of sessions with the family within inaugural parenthood. Given the adaptive demands inherent to parenthood and the cause-effect impact of early experiences in child development, this period deserves special attention.

**Aims:** To develop specialized skills in mental health nursing; to analyze the experience of interpersonal relationship with the families and its resonance in oneself; to evaluate the family triad, assessing expectations/needs; to apply psychotherapeutic interventions targeting the triad's well-being; to recognize complex situations that require expertised intervention and referral.

**Methods:** The research process consisted in data collection firstly from grey literature and secondary from PubMed and CINAHL databases. The intervention in question was inspired by Triple P and it's supported by Meleis and Peplau's nursing theories; it's composed by 4 single-family sessions every two weeks; inclusion criteria: inaugural parenthood comprising the first postnatal year and parents who consents and voluntarily participates; exclusion criteria: parents with severe psychopathology and flagged for parental neglect or abuse.

**Outcomes:** The participants were four families in triad mother-father-baby configuration. The needs assessed concern matters of conjugality, parental care, economic situation and family issues. Mental health problems were related to the dimensions of sleep/rest, self-perception, parental role, marital/family relationships and stress coping. Psychotherapeutic interventions included counseling, coping enhancement, psychoeducation, emotional support, relaxation therapy and family integrity promotion.

**Conclusion:** From a salutogenic perspective, the need to incorporate mental health nurses into primary health care is reinforced in order to meet triadic family' needs. Replication of the intervention with larger sample is suggested. The contribution of the clinical trainings provided the development of specialized skills in mental health nursing, highlighting the 'self' mobilization as a psychotherapeutic instrument in welcoming/understanding parents and underlying management of therapeutic impasses.

**Keywords:** mental health nursing, perinatal mental health, early experiences, inaugural parenthood, attachment bond.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
<b>PARTE I: PERÍODO PÓS-NATAL – PROBLEMÁTICA EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....</b>	<b>15</b>
1.1.1. PARENTALIDADE E INFÂNCIA: PRIORIDADES EM SAÚDE MENTAL.....	15
1.1.2. SAÚDE MENTAL PERINATAL – COMPREENSÃO MULTIDIMENSIONAL .....	17
1.1.3. <i>POSITIVE PARENTING PROGRAM (TRIPLE P)</i> – UM EXEMPLO DE INTERVENÇÃO PARENTAL .....	23
1.1.4. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE .....	24
<b>1.2. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE MENTAL NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE: PROJETO SER CUIDADO PARA SABER CUIDAR.....</b>	<b>29</b>
1.2.1. ACOLHENDO E RECOLHENDO .....	30
1.2.2. (RE)ENCONTROS NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS .....	32
1.2.3. SÍNTESE E ANÁLISE DAS SESSÕES .....	34
1.2.4. DESFECHOS DO PROJETO ‘SER CUIDADO PARA SABER CUIDAR’ .....	42
1.2.5. CUIDADO ÉTICO .....	43
<b>PARTE II: CAMINHOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>46</b>
<b>2.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>47</b>
<b>2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP .....</b>	<b>48</b>
2.2.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO HOSPITALAR .....	51
2.2.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	57
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<i>Quadro 1.</i> Tipos de vinculação e respetivos comportamentos do bebé e cuidador (DGS, 2005)...	20
<i>Quadro 2.</i> Sessões de intervenção do projeto.....	30
<i>Quadro 3.</i> Intervenções de enfermagem NIC aplicadas no projeto ‘SER cuidado para SABER cuidar’ .....	33

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Diagrama do (eco)sistema parental.....	21
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

<b><i>Tabela 1.</i></b> Cotação dos indicadores NOC do nível de ansiedade.....	34
<b><i>Tabela 2.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de autocontrolo da ansiedade.....	35
<b><i>Tabela 3.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de repouso.....	35
<b><i>Tabela 4.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de sono.....	36
<b><i>Tabela 5.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de tomada de decisão.....	36
<b><i>Tabela 6.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de esperança.....	37
<b><i>Tabela 7.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de <i>self-awareness</i> .....	37
<b><i>Tabela 8.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de autoestima.....	38
<b><i>Tabela 9.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de <i> coping</i> .....	38
<b><i>Tabela 10.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de adaptação psicossocial: mudança de vida.....	38
<b><i>Tabela 11.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de vínculo pais-bebé.....	39
<b><i>Tabela 12.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de desempenho do papel.....	39
<b><i>Tabela 13.</i></b> Cotação dos indicadores NOC de integridade familiar.....	40

## INTRODUÇÃO

No âmbito do mestrado na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) elabora-se o presente relatório de estágio com o intuito de espelhar o desempenho desta mestranda em ensino clínico, que se desenrolou, primariamente, em internamento hospitalar de crianças e jovens, cujo contacto surgiu como ‘ponte referencial’ para processos mal-adaptativos vividos precocemente, seguido de estágio na comunidade, onde foi desenvolvido um projeto de aprendizagem e intervenção afeto à temática da saúde mental perinatal.

O período perinatal compreende a gravidez até o primeiro ano após o nascimento, caracterizando-se por uma época de grandes alterações transformadoras com impacto na saúde mental da tríade mãe-pai-bebé. A transição despoletada com a chegada de um bebé poderá representar-se como *trigger* de tensões relacionais e traumas psicológicos, podendo afetar a autoeficácia parental e alterações na identidade parental (O’Brien, Gregg & Wittkowski, 2023).

Os problemas de saúde mental perinatal constituem um problema de saúde pública dada a sua elevada prevalência. Como tal, e tendo em conta os seus potenciais efeitos adversos, previamente à sua deteção e gestão precoces, a promoção de suporte emocional e identificação de necessidades dos pais durante este período deverá ser devidamente atendida.

A temática e decorrente proposta de intervenção que se segue surge igualmente motivada pela preocupação prévia de muitas perturbações do foro mental na vida adulta estarem relacionadas com situações problemáticas vividas na infância, sendo que os problemas de saúde mental na infância constitui-se como preditor de psicopatologia na idade adulta (Izett et al., 2021). Partindo desta premissa, confirma-se que autores consignados da área em causa validam precisamente a ideia de que a base da saúde mental do adulto é construída na primeira infância.

Assim, e no intuito de proteção da saúde mental desde a sua génese, o desenvolvimento de atividades promotoras da interação saudável da díade principais cuidadores-criança será pertinente, atendendo que o ambiente familiar constitui o *habitat* natural socioafetivo em que a última se relaciona, molda e desenvolve (Monteiro, 2014). Tal refere-se, portanto, à promoção da parentalidade como estratégia de suporte às competências parentais e de potenciação da vinculação pais-bebé. Por sua vez, a parentalidade surge igualmente como fator determinante do desenvolvimento e saúde mental da criança, impactando-a positiva ou negativamente, podendo, por isso, surgir como elemento protetor da saúde mental ou, pelo contrário, com impacto adverso (Skovgaard *et al.*, 2022).

Esclarece-se que a díade principais cuidadores-criança será designada no relatório como ‘tríade familiar’, ‘pais-bebé’ ou ‘mãe-pai-bebé’, terminologia que pretende ser representativa e inclusiva dos diferentes papéis parentais e apresentações familiares que pode assumir, independentemente da sua configuração de parentesco e/ou género.

Perante o exposto, a intervenção precoce com a tríade familiar, no intuito de capacitação parental, bem como, de solidificação da sua qualidade relacional, torna-se elementar para uma promoção efetiva da saúde mental infantil (até à sua idade adulta) (Saraiva & Cerejeira, 2018).

Nesta sequência, determina-se como objeto de estudo e de intervenção a parentalidade inaugural (PI) que alberga o primeiro ano de vida do bebê. Sendo a infância um patrimônio transportado para o resto da vida e a parentalidade interveniente essencial da primeira e momento de transição adaptativa, os pais e as crianças deverão ser foco de atenção e suporte, motivo pelo qual esta temática recai sobre a alçada de enfermagem, nomeadamente no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Atendendo que a finalidade deste relatório será explanar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP, em particular, na área de promoção e prevenção da saúde mental perinatal com foco na relação pais-bebê, foram delineados os seguintes objetivos:

- Analisar criticamente as experiências da relação interpessoal com as famílias e a ressonância destas em si mesmo;
- Avaliar a tríade familiar, aferindo expectativas/necessidades e relacionamento triangular desta (relação de filiação e conjugal);
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas que visem o bem-estar da tríade familiar;
- Reconhecer situações complexas que exijam intervenção diferenciada e referencição.

A metodologia de pesquisa para fundamentação teórica iniciou-se com pesquisa primária em literatura cinzenta para apropriação dos conceitos, conhecimento de temáticas adjacentes e definição das palavras-chave (com posterior tentativa de ajuste aos descritores em ciências da saúde); a pesquisa secundária foi efetuada nas bases de dados PubMed e CINAHL com reconhecimento dos termos indexados e para acesso a evidência científica mais recente.

A intervenção especializada de saúde mental na promoção da parentalidade projetada assenta numa base referencial de compreensão multifatorial em torno da saúde mental perinatal e infantil, com uma abordagem teoricamente suportada pelos modelos de enfermagem de Afaf Meleis – teoria das transições – e Hildegard Peplau – teoria das relações interpessoais. A intervenção encontra-se organizada em sessões sequenciais, estrutura que, além de respeitar as sugestões preconizadas pelo colégio da especialidade de ESMP para aplicação de um programa de intervenção psicoterapêutica, baseia-se num modelo pré-existente de intervenção parental – o *Triple P (Positive Parenting Program)* (Sanders, 2008).

Foram definidas como palavras-chave enfermagem de saúde mental (ESM), saúde mental perinatal, experiências precoces, PI e vinculação.

O relatório encontra-se organizado em duas partes. A primeira, distribuída por dois capítulos, aborda inicialmente o conhecimento sobre o período pós-natal como problemática em saúde mental e, em segundo, apresenta a intervenção especializada de saúde mental na promoção da parentalidade que terá tido lugar no ensino clínico em contexto comunitário. A parte II explicita todo o percurso em ensino clínico e respetivo *continuum* de desenvolvimento de competências preconizadas para o 2º ciclo de estudos (referidas nos descritores de Dublin), competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESMP, organizado em compêndio de atividades.

## **PARTE I: PERÍODO PÓS-NATAL – PROBLEMÁTICA EM SAÚDE MENTAL**

A necessidade de estabelecer crescente prioridade em estratégias de promoção da saúde mental, por via de ação sobre as suas determinantes, está assinalada desde há cerca de 10 anos, sustentando-se que esta abordagem deverá ser precoce (pré-natal e primeiros anos), já que se prevê que a repercussão (positiva ou negativa) será cumulativa ao longo do ciclo de vida; por sua vez, as experiências precoces estão destacadas, entre outros fatores, como determinantes da saúde mental (Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Assim, percebe-se que a saúde mental perinatal é merecedora de particular enfoque, conhecendo-se que, internacionalmente, os problemas de saúde mental atingem cerca de 10 a 13% das mulheres neste período, evidenciando-se a ansiedade parental pós-natal como problema de maior prevalência. A evidência alerta-nos, então, para a necessidade de intervenção e suporte em saúde mental à tríade familiar, dada a prevalência de dificuldades neste âmbito que se sabe afetar a vinculação pais-bebé e, conseqüentemente, influenciar o bem-estar psicológico e desenvolvimento do bebé (O'Brien, Gregg & Wittkowski, 2023).

Sendo que as dificuldades em saúde mental perinatal estão consideradas globalmente como um problema *major* de saúde pública, uma vez que impactam significativamente, e a longo prazo, pais, bebé e família, ao invés de uma tendencial intervenção focada em diagnósticos/problemas específicos, a tríade familiar parece carenciar de uma abordagem promotora da saúde mental que potencie o bem-estar e qualidade de vida na vivência do período pós-natal (O'Brien, Gregg & Wittkowski, 2023).

Perante o exposto, verifica-se explícita a pertinência do desenvolvimento de um programa de apoio (e promoção) da parentalidade no âmbito da saúde mental; considerando, igualmente, a atual era digital que vivemos, cuja informação acerca das 'melhores' práticas parentais é indiscriminadamente difundida a um público, alvo de grandes exigências adaptativas, intensificando expectativas e estigmas na vivência da parentalidade, podendo despoletar processos potencialmente patológicos para a tríade familiar.

Para tal, isto é, na busca de uma resposta mais adaptativa à transição para a parentalidade, a intervenção pós-natal em saúde mental deverá ambicionar que este (eco)sistema parental, reconhecendo a interdependência do seu formato triangular (mãe-pai-bebé), se possa desenvolver num ambiente de equilíbrio dinâmico, em que a relação terapêutica estabelecida entre o profissional com os pais contribua como sistema de confiança e mediadora na transição, que visa, em última instância, promover um cuidado consistente e vínculo seguro, essenciais ao desenvolvimento saudável do bebé.

Para o desenvolvimento do projeto de aprendizagem que se assume neste relatório como 'Intervenção especializada de saúde mental na Promoção da Parentalidade', foi pensado um título não académico e mais apelativo para os clientes, por forma a criar uma dinâmica na sua apresentação, passando a ser denominado 'SER cuidado para SABER cuidar'. Por este motivo, esta designação aparecerá ao longo do relatório.

## 1.1. Enquadramento concetual

Conforme referido, o cariz do projeto de intervenção/aprendizagem ‘SER cuidado para SABER cuidar’ surge do interesse e motivação pessoais na área de prevenção e promoção da saúde mental, no intuito de nos distanciar de uma perspetiva do cuidar centrado na doença e assumir uma conceção salutogénica, repensando e ressignificando o cuidar a pessoa.

O conceito de salutogénese foi desenvolvido originalmente por Antonovsky que, consistindo numa teoria de promoção da saúde, em oposição a uma abordagem patogénica (cujo foco é a doença, suas causas, tratamento e prevenção), introduz uma perspetiva que salienta o processo de manutenção de saúde e bem-estar, mesmo perante adversidades. Como seu pilar basal ficou definido o sentido de coerência, isto é, a capacidade pessoal de compreensão, gestão e significação de experiências, que permite mobilizar recursos e fazer *coping* de *stressors*. A perspetiva salutogénica sugere igualmente que a vida e, sequentemente, a saúde, se encontram continuamente ameaçadas por *stressors* iminentes e inerentes a eventos de vida. Em vista disso, a estratégia de saúde que daqui emerge está centrada na promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa, articulando a sua resiliência face a confrontação com situações adversas, de modo a manter-se saudável (Tusl, Bloom e Bauer, 2022).

Aliando a área da promoção à parentalidade e primeira infância, também temas de curiosidade pessoal, ainda que figurem alvos de atuação de outras áreas de enfermagem, o ‘otoscópio’ da enfermagem de saúde mental (ESM) oferece o particular prisma que se foca na experiência, *coping* e interações da tríade familiar, impelindo o interveniente terapêutico como agente de atenção e suporte na vivência da parentalidade.

O desígnio de ‘SER cuidado para SABER cuidar’ inspira-se na importância das primeiras experiências relacionais do bebé e no cuidado parental oferecido, cujo modelo será tendencialmente replicado no futuro (Brito, 2009).

Com efeito, a temática em causa diz respeito à promoção da saúde mental perinatal. Considerando que muitas perturbações mentais desenvolvidas na infância, adolescência e vida adulta poderão estar relacionadas com situações problemáticas vividas na primeira infância (Skovgaard *et al.*, 2022; Saraiva e Cerejeira, 2018; Monteiro, 2014), impõem-se o problema inerente à temática de interesse: o impacto nocivo na saúde mental da criança associado a práticas parentais, fruto de processos menos conscientes e potencialmente não securizantes. Nesta sequência, determina-se como objeto de estudo e de intervenção a promoção da PI durante o primeiro ano de vida do bebé.

### 1.1.1. Parentalidade e Infância: prioridades em saúde mental

Tal como referido, ‘SER cuidado para SABER cuidar’ gira em torno de dois fenómenos: PI e experiências precoces / primeira infância, mais especificamente, o primeiro ano de vida do bebé.

Deste modo, importa clarificar o conceito de parentalidade, que será o desígnio que remete ao conjunto de papéis parentais respeitantes ao cuidado e educação das crianças e que, idealmente, corresponde ao comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, que assegura a

satisfação das suas necessidades e a sua capacitação (Comité de Ministros do Conselho da Europa, 2006).

No que concerne ao momento em que a parentalidade se inicia não existe definição consensual, sendo que poderá ser considerada a partir do momento da tomada de decisão de ter um filho, a partir do conhecimento da existência de um bebé na gravidez (quando se torna real) ou somente a partir do seu nascimento. Este enquadramento focar-se-á na parentalidade assumida aquando do nascimento do primeiro filho e ao longo do primeiro ano.

Conforme supramencionado, os pais educam, fundamentalmente, os seus filhos baseados no modelo em que eles próprios foram educados e é esta tradição que prevalece na orientação para a educação das crianças; além disso, o assumir do papel parental será tanto mais confortável quanto a capacidade parental de compreensão do crescimento e desenvolvimento da criança e da disponibilidade para a relação com o bebé (Hockenberry e Wilson, 2011).

Assim, a duplicação, consciente ou inconsciente, do próprio modelo educacional servirá de *baseline* no assumir da parentalidade. Isto é, também a partir da história anterior dos pais (infância, conflitos inconscientes e relações precoces) é construída a própria representação sobre a parentalidade, que influencia diretamente o padrão de comportamentos parentais, que resultam de movimentos de reprodução, compensação e reconfiguração (Hockenberry e Wilson, 2011).

Winnicott (1979) determinava as primeiras experiências desde o nascimento como o período em que são lançadas as fundações da saúde mental. Suportando esta ideia, também Sequeira & Sampaio (2020) consideram que a sustentação da saúde mental do adulto se constrói na infância, reconhecendo esta faixa etária como a mais favorável para o desenvolvimento de atividades de promoção efetiva da saúde mental, uma vez que surge nestas idades a possibilidade de evitar a cristalização de sintomatologia psicopatológica e prevenir, assim, o desenvolvimento de doença mental.

Por sua vez, o papel parental ostenta-se como elementar no desenvolvimento infantil, sendo, por isso, a relação entre a tríade determinante no impacto causado na criança, podendo surgir como protetora da sua saúde mental ou, pelo contrário, como efeito adverso (Skovgaard, 2022). Também Coimbra de Matos (2014) defende esta ideia ao estabelecer que o ambiente socioafetivo em que a criança se desenvolve serve como molde para a sua personalidade, informando diretamente o seu *modus operandi*.

Admitindo-se então que o contexto familiar é o ambiente natural onde a criança vive e interage relacionalmente, a intervenção parental surge como alvo central das intervenções precoces neste campo de ação, já que estes atuam como principais agentes na otimização da saúde mental dos seus filhos (Gomes, Cortez e Damásio, 2020).

A consistência e fiabilidade parentais no contacto e nos cuidados ao bebé, bem como a capacidade parental para responder de forma empática e sensível às sinalizações do bebé, constituem fatores protetores da saúde mental infantil. Neste sentido, a intervenção precoce no âmbito da saúde mental, isto é, nos primeiros tempos de vida do bebé, dirigida ao apoio das funções parentais e à promoção da relação da tríade familiar, impacta positivamente a saúde mental infantil com *outcome* favorável ao longo do seu ciclo de vida (DGS, 2005).

A promoção precoce da parentalidade e vinculação saudáveis surgem como potenciais fatores protetores a longo prazo da saúde mental da criança, qualificando-se, deste modo, como medida efetiva de prevenção da doença mental (Ministério da Saúde, 2009).

### **1.1.2. Saúde mental perinatal – compreensão multidimensional**

Por forma a compreender as mudanças, necessidades e implicações inerentes ao desenvolvimento emocional e psicossocial na infância afeta ao primeiro ano de vida, o modo como a parentalidade é vivida e percebida pelas figuras parentais e a relação entre a tríade familiar, a conceptualização destes fenómenos faz jus à sua complexidade, integrando a sua abrangência multidimensional.

Como temática-base do relatório, a saúde mental perinatal, que vai precisamente ao encontro das variáveis supramencionadas, refere-se ao estado de saúde mental e emocional durante a gravidez e primeiro ano após nascimento do bebé. Durante esse período, além da suscetibilidade a problemas de saúde mental intrínsecos a outras épocas de vida, inteira-se que existe uma vulnerabilidade acrescida para depressão e ansiedade, estimadas, respetivamente, de 12% e 13% na gravidez e 15% a 20% durante o primeiro ano após nascimento do bebé. Apesar destes dados geralmente salientarem a experiência da mulher nesta fase, a evidência atual sugere que a transição para a parentalidade não só não é exclusiva à mulher, como também representa um momento de semelhante vulnerabilidade para o pai, com incidência de depressão pós-natal de 1 em cada 10. Desta problemática advêm, cumulativamente, efeitos nocivos ao desenvolvimento precoce da criança com efeitos sequelares que, potencialmente, se perpetuam à adolescência e vida adulta (Fisher, 2023).

A ponte desta temática para uma compreensão psicodinâmica associa-se à conhecida metáfora “*ghosts in the nursery*” de Fraiberg (1975), expressão usada para descrever a transmissão intergeracional, potencialmente psicopatológica, dos pais ao reproduzirem com os seus bebés conflitos mal resolvidos da sua própria infância.

Apesar da psicanálise apresentar fundações que remetem à antiguidade, Gosh Ippen (2019), revigora identicamente esta noção de interconexão entre o passado e o presente, ilustrando como a criança internaliza as crenças e comportamentos do cuidador primário, este último que aplica o cuidado parental influenciado pelas próprias experiências e modelos relacionais da sua infância.

De acordo com esta corrente psicanalítica, também os pressupostos da teoria de vinculação (*attachment*) de Bowlby (1982) explicita as importantes implicações a longo prazo das experiências precoces com o cuidador primário (e, portanto, do modo como é exercida a parentalidade). Designadamente, a predisposição primária e biológica dos bebés para desenvolver vínculo afetivo com a figura materna e o facto das experiências não securizantes com as figuras de vinculação surgirem como eventos patogénicos com repercussões a longo termo. Também Freud tinha já realçado a importância das primeiras relações (entre o bebé e os pais) como protótipo para futuros relacionamentos (Monteiro, 2014).

De acordo com esta lógica de pensamento, é possível depreender que as primeiras relações, securizantes ou não, irão servir de modelo para as relações sociais estabelecidas na fase adulta. Brito

(2009), sublinha ainda esta premissa ao confirmar que se a criança beneficiar de cuidados parentais suficientes e seguros irá, no futuro, quando ela própria assumir a parentalidade, providenciar esses mesmos cuidados aos seus filhos.

Winnicott, em 1965, dava ênfase ao “*holding environment*”, como o ambiente facilitador, e suficientemente bom, proporcionado pela figura de vinculação, de modo a sustentar os cuidados necessários ao bebé e a envolvimento dos pais ao relacionarem-se com este.

De acordo com o pensamento psicanalítico, desde que nascemos que estamos apetrechados com o elemento básico da *psique* – o *id*, componente nato guiado pelos instintos primitivos de sobrevivência. O segundo elemento a desenvolver na formação da personalidade é o *ego*, já distintivo da identidade da pessoa ao interagir com a sua realidade e que começa a surgir pelos 2 anos de idade, sendo que, só mais tarde, após os 5 anos, emerge o *superego*, ao interiorizarmos regras e valores culturais da sociedade em que estamos inseridos (Lapsley & Stey, 2012). Este processo de construção da personalidade, ainda que gradual, estará diretamente influenciado pelo contacto com a realidade que começa a partir do nascimento e pelo modo como os pais contactam com o bebé e lhe ‘apresentam’ o contexto ambiental (a realidade até então desconhecida para o bebé). Deste modo, é considerado neste trabalho o primeiro ano de vida da criança, uma vez que equivale ao momento-chave de introdução à realidade que, mais tarde, influenciará todo o processo de construção do ‘eu’.

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson prediz que o processo de maturação do ‘eu’ ocorre dependente da interação da pessoa com o meio envolvente, sendo que cada estadió emergirá de uma crise psicossocial originada pelo confronto entre uma dimensão positiva e uma negativa. A forma como a ‘crise’ é vivenciada irá influenciar a capacidade de resolução de conflitos naturalmente insurgentes na vivência humana. Outro aspeto que se salienta é que, para o desenvolvimento de um *ego* saudável, ambas as vertentes positiva e negativa são necessárias, embora a positiva se deva sobrepor (Leite & Silva, 2019).

Segundo este modelo do desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida da criança, comumente designado por lactente, compreende o primeiro estadió descrito por Erikson, a confiança básica *versus* desconfiança básica.

Neste estadió, com o desenvolvimento equilibrado entre as duas vertentes opostas, a criança passará a ser detentora da virtude da esperança, ao compreender que é possível querer e esperar. Elaborando, os lactentes confiam que as suas necessidades de alimentação, conforto, estimulação e afeto serão supridas pela consistência do cuidado por parte dos pais, satisfações essas que ocorrem numa margem de tempo suportável. Assim, desenvolve o sentimento de confiança básica. Por outro lado, quando os seus desejos não são correspondidos satisfatoriamente, o bebé desenvolve o sentimento de desconfiança básica (Leite & Silva, 2019).

Conforme anteriormente referido, o bebé necessita do equilíbrio entre esses dois sentimentos, sendo igualmente importante que vivencie alguns momentos de frustração para compreender que é importante desconfiar em alguns momentos e para aprender a sinalizar as suas necessidades antes destas serem imediatamente supridas. Esta sinalização e interação para com os principais cuidadores é

estabelecida através do choro e toque, reforçando-se a importância da estimulação tátil nesta fase para aquisição da confiança, para além de ser vivida na relação pais-bebé com prazer recíproco.

Pelo contrário, o desequilíbrio surge quando existe dessincronia relacional entre pais-bebé e os primeiros não vão ao encontro das necessidades do último. Se, por um lado, os pais colmatarem todas as necessidades do bebé antes de este as assinalar, o bebé não aprende a testar a sua capacidade em controlar o ambiente e se, pelo contrário, o bebé for sujeito a demora prolongada perante as suas necessidades, estará submetido a uma frustração e desconfiança constantes (Zeanah, 2019).

Assim, compreende-se que esta dessincronia relacional seja tanto mais passível de ocorrer quanto mais suscetível se encontrar a saúde mental dos principais cuidadores da criança, como em situações de *stress* elevado, perturbação da ansiedade ou depressão pós-parto, podendo afetar o desenvolvimento psíquico e social da criança (DGS, 2005).

Quando o bebé nasce está perante um estado de neotenia, isto é, de imaturidade natural, em que depende na totalidade do seu cuidador primário para que lhe seja proporcionado um ambiente suficientemente afetivo, estimulante, estável e adequado às suas necessidades para que sobreviva física e psicologicamente. Assim, e apoiando a teoria do *attachment* de Bowlby, esta experiência relacional precoce, que remete ao vínculo afetivo entre o bebé e os pais, configura a primordial base do desenvolvimento psíquico futuro.

A psicanálise winnicottiana dá particular enfoque ao ambiente parental, focando-se na relação pais-bebé, como ambiente determinante no desenvolvimento e amadurecimento saudáveis do ser humano. Assim, falhas ou dessincronias neste meio poderão culminar em quadros psicopatológicos.

Numa fase inicial, nas primeiras semanas após o nascimento do bebé, a mãe encontra-se num estado, definido por Winnicott (1979), como preocupação materna primária, que a torna alerta para as necessidades físicas e psicológicas do bebé. Este último que, ao nascer, carece da figura materna para se integrar no mundo, dada a sua condição de dependência absoluta, conforme já referido. Assim, surge o conceito de “mãe suficientemente boa” e, mais tarde, adaptado para “pais suficientemente bons”, por servirem de veículo para que o bebé vá integrando a realidade por eles apresentada e, por conseguinte, capacitando-o para lidar com essa realidade.

Winnicott (1979) diz ainda que pais hipervigilantes, tensos, ansiosos, deprimidos, desatentos, abusivos ou negligentes às necessidades do bebé favorecem condições de hiper ou hipoestimulação na relação pais-bebé, desencadeando um ambiente inóspito para o último, para o qual ele não está preparado para lidar. Assim, pais suficientemente bons darão espaço para a existência de falhas naturais que fazem surgir angústia não patológica de separação e, deste modo, ressurgem na criança mecanismos de autoconsolo para colmatar essas lacunas, como o designado por objeto transicional (polegar, fralda, um brinquedo).

Estes objetos transicionais servem como intermediários no contacto da criança entre o seu mundo interno com o mundo externo, ajudando na transição gradual da sua condição de dependência absoluta para dependência relativa, uma vez que o ajudam a distinguir o seu *self* do outro (Winnicott, 1979).

Se a vinculação pais-bebé está saudavelmente estabelecida, existe confiança para o bebé interiorizar a presença emocional parental e, entretanto, ser capaz de se separar e individualizar perante a ausência física dos pais. Neste sentido, o objeto transicional é meio facilitador desta diferenciação e autorregulação da ansiedade de separação.

O processo de desenvolvimento saudável depende de um ambiente facilitador, sem estímulos excessivos, que proporcione suporte suficiente, físico e afetivo, ao bebé para ampliar os seus potenciais. Winnicott sublinha assim o facto dos pais não precisarem de ser perfeitos ou ideais ao lançar o termo de “parentalidade suficientemente boa”.

A vinculação, de acordo com a já referida teoria do *attachment* de Bowlby, corresponde ao conjunto de atitudes do indivíduo em busca da proximidade para com o outro entendido como mais apetrechado a lidar com a generalidade das situações. A relação precoce, designadamente a vinculação, corresponde assim à necessidade inata de ligação do bebé ao cuidador primário e reciprocidade, tendo por base os comportamentos de vinculação como sorrir, chorar, vocalizar, agarrar e gatinhar, que, nos primeiros tempos de vida, permitem estabelecer esta sólida ligação afetiva.

Bowlby (1982) reconhece que será a partir das ligações precoces e socioafetivas da criança que é construída a sensação de confiança, que por sua vez somente se desenvolverá perante ligações afetivas sólidas construídas ao longo da infância – a vinculação segura.

Perante a proposta de intervir precocemente com o intuito de promover a parentalidade, urge a devida identificação de comportamentos de vinculação para os poder potenciar, sendo necessário saber captá-los por forma a apreciar o tipo de vinculação existente entre bebé e cuidador primário.

No quadro 1, adaptado de acordo com a DGS (2005), apresentam-se os diferentes tipos de vinculação e os respetivos comportamentos observáveis.

**Quadro 1.** Tipos de vinculação e respetivos comportamentos do bebé e cuidador (DGS, 2005).

<i>Tipo de vinculação</i>	<i>Comportamentos do bebé face ao cuidador</i>	<i>Comportamentos do cuidador primário</i>
<b>Vinculação segura</b>	Reage positivamente à aproximação; Serena perante a sua presença; Usa-o como intermediário para a exploração; Tem preferência da sua companhia relativamente à de um estranho.	Responde sensitiva e afetuosamente às necessidades da criança; Age em sincronia para com as manifestações da criança; Disponibiliza-se física e emocionalmente; Demonstra prazer na interação com o bebé.
<b>Vinculação insegura – evitante</b>	Falta de reação perante a separação; Não manifesta agrado aquando do regresso do cuidador, ignorando-o ou evitando-o; Não procura a proximidade ou manutenção do contacto.	Indisponível, não responsivo ou manifesta comportamentos de rejeição.

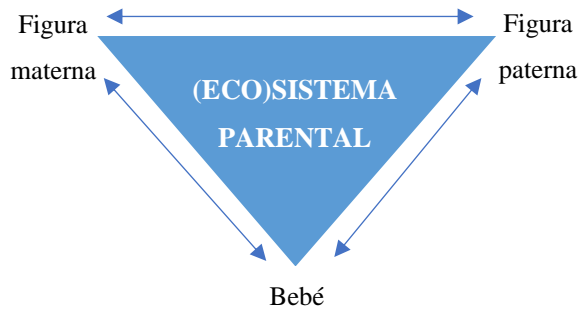
<b>Vinculação insegura – ambivalente</b>	Grande ansiedade de separação; Difícil de acalmar mesmo após o reencontro; Dificuldade em explorar o ambiente.	Responde às necessidades da criança de forma inconsistente ou incongruente.
<b>Vinculação insegura – desorganizada</b>	Afasta-se do cuidador quando está perturbado ou ansioso; Não estabelece o contacto visual, com olhar alheado ou assustado; Esconde-se após a separação; Resistente, sem procura do toque do cuidador	Hostil ou negligente; Respostas coercivas ou dissociadas.

Quando existe sincronia e reciprocidade relacional entre pais-bebé, estaremos perante uma vinculação segura. Mesmo perante esta, devemos estar despertos para os desafios inerentes à PI e às múltiplas alterações subordinadas ao desenvolvimento infantil no seu primeiro ano de vida, devendo-se potenciar esta relação através do suporte aos pais de forma a ampliar as suas competências de *coping* e a sua sensibilidade face às necessidades específicas do bebé (Zeanah, 2019; DGS, 2005).

Efetivamente, a intervenção com a tríade familiar almeja a que as respostas dos pais face ao seu bebé se tornem progressivamente mais adaptadas e sincrónicas, respeitando as necessidades de todos os envolventes.

No que concerne aos envolventes da tríade familiar e respetivas necessidades desta família nuclear, lança-se o repto de a pensarmos como um sistema: ao que designo como (eco)sistema parental, representado no diagrama que se segue.

**Figura 1.** Diagrama do (eco)sistema parental.



O que se pretende sugerir com esta triangulação relacional é o entendimento da tríade familiar de forma holística, considerando as necessidades físicas, psicológicas e socioemocionais de cada um dos seus intervenientes, bem como a interação entre estes elementos, enquanto sistema, aquando da vivência da PI, emblemática de um momento de transição adaptativa e potencial crise.

Brazelton (2013) estabelece os primeiros tempos de vida do bebé como principal marco do desenvolvimento emocional da criança. Precisamente a partir do nascimento do bebé e integrante da adaptação à parentalidade, os pais reconciliam o bebé real com o bebé ‘imaginário’ (concebido das próprias vivências parentais passadas), atribuindo-lhe características e papéis representativos (ao evocar pareências do bebé consigo próprios ou com outros familiares, ao intitular o bebé de ‘chorão’, ‘anjinho’, *etc.*).

Relativamente às manifestações de aproximação do bebé, Brazelton (2013) descreve diferentes tipos de choro, sendo que a sua distinção se tornará mais evidente consoante a compreensão (e tempo) dos pais com o bebé, que progressivamente vão aprendendo a dar-lhes resposta. Estas sinalizações do bebé referem-se a, essencialmente, dor, fome, desconforto, fadiga, aborrecimento ou descarga emocional.

Ainda que, habitualmente, a mulher assuma um papel central quando se fala em saúde mental perinatal (gravidez e pós-parto até ao primeiro ano do bebé), a vulnerabilidade que aqui se explicita associada à PI implica, necessariamente, o pai. Este deverá ser igualmente incluído na intervenção dos profissionais de saúde mental perinatal, o que representa a oportunidade do pai se sentir desejado, sendo que tal poderá contribuir para melhor se aperceber da sua importância no bem-estar do bebé (Brazelton, 2013).

Os pais não são suplementos da função materna, nem os responsáveis pelas funções parentais estereotipadas de ‘masculinas’. Sabe-se, hoje, que o papel paterno é determinante para a coesão familiar e para o bebé. O pai proporciona equilíbrio quer ao partilhar, ou até contrariar, preocupações da mãe, esta última, conforme já mencionado, naturalmente hipervigil ao bebé numa fase inicial. Esta triangulação relacional oferecida pelo pai, embora aparentemente secundária, poderá ser vital; além da sua função fundamental no apoio à mãe, os benefícios da presença do modelo paterno para o bebé têm-se vindo a comprovar: melhor desenvolvimento cognitivo, ambiente familiar mais securizante, melhor autoestima, entre outros (Brazelton, 2013).

A transição para a parentalidade e, portanto, o tornar-se pai ou mãe, trata-se de um evento de vida de alto impacto, dada a clivagem entre um estado que é familiar à pessoa com uma realidade inaugural. Esta mudança implica uma reestruturação *major* não só a nível de objetivos, papéis e competências, bem como da autoconcepção (Mercer, 2010).

Integrante do sugerido (eco)sistema parental, cada sistema pessoal parental, cujas envolventes serão, entre outros, crenças, cultura, situação socioeconómica, preparação, situação prévia/atual de saúde (física e mental) e experiências da própria infância, pode apresentar-se como favorável ou, pelo contrário, ameaçador na redefinição do *self* e aquisição da identidade parental (Mercer, 2010).

A PI, sob uma perspetiva transaccional (como será esclarecido adiante), poderá ser entendida como um momento, período e até marco a partir do qual o casal estará submetido a alterações na sua configuração sociofamiliar, ou seja, a mudanças relacionais, na conjugalidade, de funções e papéis.

A experiência de transformação parental é vivida num *continuum*, isto é, corresponde a um período continuado de desenvolvimento até que este culmine na internalização do papel parental. Embora a literatura não convirja quanto ao tempo, em média, em que esta transição ocorre, é admitido que se situa durante o período perinatal, isto é, gravidez, pós-parto e até aos 18 meses após o nascimento do bebé, e sabe-se que é vivida com particular vulnerabilidade no período que compreende o nascimento do primeiro filho até que este completa um ano de vida (Schumacher & Meleis, 2010).

No processo de aquisição desta nova identidade, será então natural a vivência de um estado de vulnerabilidade acrescida pela rutura da homeostase, que, no limite, poderá conduzir a doença (por

exemplo, depressão parental), até que a mesma esteja integrada e seja restaurado um envolvente mais equilibrado e saudável. Inclusivamente, conhece-se que esta problemática atinge uma elevada taxa em Portugal, de 13% no caso da depressão pós-parto materna (Maia, 2011); atualmente, a nível internacional, o termo ‘depressão parental’ associado ao período pós-natal tem vindo a ganhar expressão, dada a sua representatividade abrangente da figura paterna, com ocorrência de 1 em cada 10 homens (Fisher, 2023).

### **1.1.3. *Positive Parenting Program (Triple P)* – um exemplo de intervenção parental**

Existem múltiplas iniciativas de capacitação parental e de promoção de parentalidade positiva, nomeadamente, e atualmente em prática em Portugal, o Projeto Adélia, Programa Anos Incríveis e o *Triple P*, entre outros.

Fundado na Austrália, na universidade de Queensland, nasce o *Positive Parenting Program* (conhecido por *Triple P*), por Matt Sanders, professor de psicologia. Trata-se de um modelo inovador de promoção das competências parentais que se inspira em intervenções baseadas na evidência com mais de 40 anos de investigação científica. Considerado como um dos programas parentais mais eficazes a nível mundial e usado em 30 países, inclusivamente em Portugal, ainda que apenas 6 pessoas tenham formação certificada para aplicar este programa no nosso país (Lima, 2018; Sanders, 2008).

O *Triple P* designa-se à promoção dos conhecimentos, competências e confiança dos pais com o objetivo de prevenir problemas comportamentais, emocionais e de desenvolvimento nas crianças. É um sistema de intervenção multinível, isto é, opõem-se à ideia de um programa idêntico para todos os pais, visto assumir-se que estes diferem em termos de necessidades, problemas experienciados e tipo de ajuda preferencial. Deste modo, o *Triple P* inclui programas de intensidade variáveis, que oscilam entre sessões únicas para grandes audiências a modalidades intensivas com duração de várias semanas, individuais ou em grupo (Sanders, 2008).

A autorregulação é papel principal na intervenção, sendo que o objetivo será promovê-la e, para tal, desenvolver estratégias por forma a potenciar nos pais o *empowerment* através de sentimentos de autossuficiência (confiar no seu próprio critério e nas suas capacidades), autoeficácia (acreditar que são capazes de lidar com problemas), autogestão (definir objetivos e estratégias e autoavaliar o progresso), internalização do locus de controlo (autorresponsabilização) e capacidade de resolução de problemas (definir um problema, identificar soluções possíveis e desenvolver planos pessoais adequados à situação).

O objetivo é essencialmente o reforço de conhecimento, competências e confiança parentais, tornando-os autossuficientes na gestão de problemas. Estas abordagens parentais positivas são potenciadas através da promoção do *coping* dos pais e promoção da relação/vinculação através da estimulação de um ambiente favorável e securizante ao suporte parental na função de educar os seus filhos (Lima, 2018; Sanders, 2008).

Estabelecido por Sanders (2008), um dos níveis de intervenção é referente ao programa denominado por *Standard Triple P*, destinado a pais de crianças dos 0 aos 5 anos que procuram

assistência no desempenho do papel parental e pressupõe a realização de 8 a 10 sessões dinamizadas por um profissional com conhecimentos na área de saúde mental (médicos, psicólogos ou enfermeiros).

Este programa baseia-se na identificação de fatores de risco, como aqueles que antecipam previsibilidade de *outcomes* negativos, constituindo assim alvo de intervenção prioritário, por exemplo, existência de sintomas depressivos nas figuras parentais, *stress* parental, fraco suporte familiar e vinculação deficitária, entre outros. Por outro lado, como ação defensora contra os fatores negativos assinalados, centra-se simultaneamente na potenciação de fatores protetores como estratégia eficaz de forma a exercer uma influência positiva na relação da tríade, designadamente, vinculação e competências parentais de *coping* (Sanders, 2008).

De acordo com estudos atuais, os resultados identificados com a aplicação do *Triple P* não só não se extinguem na melhoria da relação pais-criança, na diminuição das experiências adversas na infância e na diminuição do *stress*, ansiedade e depressão parentais, bem como é verificado aumento na satisfação do desempenho do papel parental e, até, diminuição do diagnóstico de doença mental a longo prazo (Dahlberg, Salari, Fangstrom, Fabian & Sarkadi, 2022; Li, Peng & Li, 2021).

Deste modo, é inspirado neste programa de intervenção que é pensado o projeto de intervenção/aprendizagem ‘SER cuidado para SABER cuidar’, como possibilidade de acolhimento empático aos casais que assumem a PI, escutando as suas dúvidas e preocupações e reconhecendo-lhes valor e competência, por forma a, relacionalmente, proporcionar suporte efetivo à tríade nos primeiros tempos de vida da criança, uma vez que o ambiente psicoafetivo em que esta última se desenvolve irá repercutir o seu futuro.

#### **1.1.4. Enfermagem de saúde mental na promoção da parentalidade**

Do ponto de vista interventivo da enfermagem de saúde mental perinatal, sendo foco, adicional à saúde mental infantil, a promoção da PI, e esta, por sua vez, representar o processo de transição na adaptação da pessoa ao assumir as responsabilidades de ser pai / mãe, e por forma a poder intervir nesta, o projeto de aprendizagem e intervenção vai ao encontro da filosofia de cuidados e conceção da prática de cuidado em enfermagem presente na teoria das transições de Afaf Meleis.

A teoria das transições de Meleis propõe uma *framework* que conceptualiza a experiência das pessoas que se veem confrontadas a lidar com um evento, situação ou estadio de desenvolvimento que requer a articulação de novas competências, sentimentos, objetivos, comportamentos e/ou funções (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Assim, estes “*triggers* de transição” são caracterizados por algum tipo de mudança, como evento externo, sendo que a transição se trata de um processo interno. Neste caso, a parentalidade poderá corresponder a uma transição tanto situacional, como de desenvolvimento, uma vez que ocorre de um acontecimento originador de alteração de papéis e que, simultaneamente, equivale a uma mudança associada a uma fase do ciclo vital da pessoa.

As características associadas à transição são: processo (fenómeno que se processa num *continuum*), desconexão (quebra com o estado de referência prévio), percepção (atribuição subjetiva de

significados à mudança), *awareness* (redefinição do *self*) e padrões de resposta (reações / comportamentos face à mudança) (Chick & Meleis, 2010).

Tal como previsto no modelo de Meleis, na transição para a parentalidade, existe um período de desadaptação pela quebra com o que é conhecido e familiar e, por isso, de insegurança perante a disparidade entre o passado, os eventos atuais e as expectativas futuras. A percepção da transição, a redefinição dos sentidos que a mudança assume e a significação, para o *self* e para os outros, que lhe é atribuída são traduzidas pelo *awareness*, portanto, pela consciencialização da experiência de transição.

No caso da parentalidade, a transição depreende que a pessoa, outrora cuidada, se adapte à nova função de cuidador, ou seja: filho/filha tornar-se-á mãe/pai. Independentemente de ser esta a transformação central (e mais óbvia), tal mudança é a primeira peça do dominó de inúmeras outras alterações a que os pais ficam expostos: mudança de comportamentos, sentimentos, objetivos, configuração (geralmente, de diádica a triádica) e inclusive na forma como pessoas significativas e terceiros reforçam a transição (positiva ou negativamente) (Meleis, 2010).

A experiência de transição é sentida perante a antecipação do evento transformador e na vivência deste. Assim, o *trigger* de mutação despoleta um processo transicional com um padrão de resposta comportamental que poderá ser funcional ou disfuncional, dependendo do nível de conhecimento e das competências adaptativas associadas a essa mudança. Compreende-se, então, que na parentalidade a transição se principiará na gravidez e perdurará ao longo de todo o período perinatal. (Meleis, 2010)

Assim, de acordo com esta teoria, o campo de intervenção de enfermagem por forma a providenciar suporte na transição e a promover comportamentos saudáveis neste processo passará por clarificar responsabilidades, funções, significados, competências, objetivos e desempenho de papéis, identificar e aproveitar momentos em que a vulnerabilidade perante a transição está aumentada, bem como o *stress*, como forma de potenciar o *coping* e, desta forma, assistir na transição, referenciar para grupos de apoio ou serviços especializados, se necessário, e potenciar o *debriefing*, como momento de evocação e partilha de emoções vivenciadas pela pessoa com a experiência de transição, para promoção do seu bem-estar psicológico (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Ainda que, ao longo do tempo, de forma crescente, existam iniciativas na comunidade de apoio aos pais na preparação pré-natal, com *outcomes* positivos no reforço da confiança e competência parentais, esta medida, de forma isolada, estará longe de garantir uma transição para a parentalidade saudável para os envolventes (tríade familiar) (Swendsen, Meleis & Jonas, 2010).

Deste modo, também na experiência efetiva da parentalidade, o que se refere, portanto, ao momento a partir do qual a transição se torna extracorpórea e o bebé nasce, deverá existir acompanhamento e apoio à tríade para o início do desempenho parental. Tal estratégia, que visa a construção de harmonia entre as expectativas parentais e respetivas ações, maximiza a possibilidade de os pais explorarem formas de adquirir robustez no seu novo papel, num ambiente, além de educativo, de partilha incentivadora à expressão de sentimentos e preocupações (Swendsen, Meleis & Jonas, 2010).

Além das expectativas, preocupações e crenças dos pais, é comum existir ambivalência e ansiedade relativamente à parentalidade, oriundas de pressões externas resultantes da avalanche de

opiniões e informação provenientes da família, da sociedade e das supostas ‘melhores’ práticas contemporâneas. Em adição, e contrariamente à simbolização mágica estabelecida para esta fase de vida, a gravidez, experiência do parto e pós-parto poderá tornar-se tanto mais traumática quanto maior a disrupção entre a realidade vivida e a expectativa para o momento. Neste sentido, valoriza-se a partilha dos pais em torno da sua experiência, para que, através da descrição desta e da evocação das emoções associadas, possa ser trabalhado o  *coping*  face a situações menos positivas, possibilitando a ressignificação da experiência e, assim, contribuir na edificação da identidade parental (Swendsen, Meleis & Jonas, 2010).

Por conseguinte, o enfermeiro que trabalha com a tríade familiar, além de garantir uma atmosfera imparcial e isenta de julgamentos, deve centrar a intervenção no incentivo à comunicação dos pais, valorizando a expressão de angústias, zangas e ansiedades, que potencia a autoconfiança parental, favorável à adaptação ao novo papel. Assim, ao reconhecer as experiências, sentimentos e necessidades individuais dos pais, a intervenção no processo de transição para a parentalidade será devidamente personalizada (Swendsen, Meleis & Jonas, 2010).

De acordo com Meleis (2010) e conceptualizando a transição para a parentalidade como conceito central de enfermagem, o cuidado de enfermagem, pela proximidade e elo relacional que a sua posição profissional premeia, baseia-se na apreciação das necessidades psicossociais da pessoa que experiencia este período transicional e, portanto, na identificação de problemas/diagnósticos que possam surgir deste; é neste sentido que a intervenção consiste no suporte à adaptação ao novo papel (designado por “*role supplementation*”).

Simultaneamente, de forma a regular a relação enfermeiro-pessoa nas sessões planeadas, também esta interação é prevista com base na teoria das relações interpessoais em enfermagem de Hildegard Peplau. Assim, o entendimento da interação entre enfermeiro-pessoa/família vai ao encontro desta conceção, que a pensa como uma cooperação de aprendizagem pessoal e mútua, conseguida através da experiência relacional.

O construto teórico para a realização de 4 sessões de intervenção baseia-se precisamente na teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau, segundo a qual esta interação dual, que pressupõe autoconhecimento, autenticidade e reciprocidade, entre enfermeiro e pessoa/família, se organiza igualmente em quatro fases sequenciais: orientação, identificação, exploração e resolução (Belcher, & Fish, 1988).

A orientação, fase inicial da relação terapêutica, pressupõe a definição do ‘problema’. Esta aferição de necessidades e expectativas será conseguida através da cooperação entre enfermeiro e pais, de forma a conjuntamente analisar a situação para o reconhecimento das preocupações ou dificuldades existentes, sejam estas explícitas ou implícitas.

Na fase de identificação é determinado o tipo de suporte carenciado ou pretendido pelos pais. Isto é, fica estabelecido, consoante o locus de controle/*engaging* dos pais, o grau de interdependência relacional, podendo ser estes mais participativos e autónomos ou, por outro lado, mais dependentes da decisão de enfermagem. Assim, é adequada a assistência necessária através da troca de impressões entre

os dois intervenientes para esclarecimento das percepções e expectativas mútuas. Para esta fase, o *feedback* é importante para a validação do suporte requerido e para a potenciação do *empowerment* com o objetivo de fomentar a capacidade parental para desenvolvimento de *coping* adaptativo à situação.

Durante a fase de exploração, obtêm-se e aplicam-se as estratégias de solução delineadas. Nesta fase, os pais são protagonistas, envolvendo-se ativamente no ‘plano de cuidados’, e o enfermeiro deverá promover um ambiente terapêutico que facilite a partilha de sentimentos, num clima isento de juízos de valor. Nesta etapa, a relação terapêutica até então conseguida intensifica o sentimento nos pais de autoconfiança, autoeficácia e autodeterminação que conduzem à autocompetência e independência parentais. Com esta autonomização, o sentido de autorresponsabilização é também trabalhado e é esperado que os pais demonstrem iniciativa no seu processo de tomada de decisão.

Por fim, a resolução, que corresponde à última fase e ao termo da relação terapêutica, quando as metas inicialmente estabelecidas já não carecem da assistência do interveniente terapêutico. Esta dissolução da interação entre enfermeiro e pais será atingida quando as necessidades de ajuda destes forem correspondidas pela força conjunta dos intervenientes.

Quando o interesse reside na temática da saúde mental perinatal, para compreender qual a intervenção adequada e personalizada ao contexto / bebé / tríade familiar, a avaliação é o ponto chave na efetividade terapêutica. Deste modo, a avaliação deverá ser conduzida, quer de forma informal ou estruturada, para apreciação do comportamento e das interações dos pais / cuidadores e bebé. Para tal, é essencial identificar fatores de risco e protetores de saúde mental inerentes à família nuclear (pais e bebé) (Zero to Three, 2016).

Partilhando da proposta de Zeanah, Larrieu, Valliere & Heller (2000), o EEESMP deverá realizar esta apreciação multidimensional, isto é, extraindo dados de múltiplas fontes, nomeadamente relatos dos pais acerca dos comportamentos da criança, percepções parentais do temperamento do bebé, experiência de cuidados e da relação, além da observação e interação *in loco* da, e com, a tríade. Somente com esta avaliação robusta é possível concetualizar e compreender o contexto relacional e ambiente de cuidados em que o bebé está inserido.

Reforça-se que a menção ao termo pais é escolhida no intuito de inclusão abrangente das diferentes configurações da tríade familiar, como referência ao(s) cuidador(es) principais responsáveis pelas necessidades socioemocionais e de cuidados do bebé, sejam estes os pais biológicos, de acolhimento, adotivos, guardiões ou outros membros da família. Este termo será então preferencialmente usado ao longo do trabalho, por ser mais representativo da ligação emocional que assume na relação, indiscriminadamente da existência (ou não) do elo biológico.

Conforme anteriormente mencionado, Snyder, Cramer, A Frank & Patterson (2005) reforçam a riqueza implícita na informação oferecida pelos pais acerca do bebé por, além de possibilitar a obtenção de dados acerca do quotidiano, comportamento e temperamento do último, fornece, adicionalmente, informação relacionada com as expectativas e atribuição de significados dos pais face ao comportamento do bebé, que influencia diretamente as suas práticas parentais. Por sua vez, estas terão ressonância a curto e longo prazo, por servirem de modelo relacional do bebé.

Por forma a entender a interação pais-bebé, Ainsworth, Blehar, Walters & Wall (1978) foram pioneiros na sugestão do modelo, ainda contemporâneo, da “situação estranha”. Neste procedimento, o bebé é exposto à ausência súbita do cuidador principal, ficando com o profissional (desconhecido para o bebé) num ambiente não familiar. Para além de fornecer informação acerca da capacidade de autorregulação e exploração do ambiente por parte do bebé, é possível inferir o tipo de vinculação estabelecido.

Conforme já mencionado, também Bowlby (1982), com a teoria do *attachment*, enfatizando a importância da vinculação primária como exemplo relacional perpetuado a longo prazo, sugere que os bebés nascem com predisposição biológica inata para estabelecer vínculo com a figura materna, com a seguinte tendência para apresentar comportamentos instintivos que estimulam a sua proximidade e contacto, tais como, o sorriso e o choro. Por sua vez, os pais possuirão igualmente desta sensibilidade que os conecta ao bebé num padrão de resposta de reciprocidade relacional.

Assim, perante a separação da figura de vinculação a curto prazo é expectável que surja no bebé o sentimento de angústia, que se manifesta inicialmente com a expressão de protesto (através do choro, gritos). No caso desta separação se prolongar no tempo nesta fase tão precoce do desenvolvimento, tal privação de contacto com o vínculo primário poderá causar problemas cognitivos, comportamentais ou socioemocionais a longo prazo para o bebé.

Outra metodologia que vem contribuir na apreciação da sincronia relacional entre a díade pais-bebé diz respeito ao paradigma “*Face-to-Face Still-Face*” proposto por Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton (1978). Este processo consiste no posicionamento frente a frente entre a díade numa série de três momentos de cerca de 2 minutos cada.

Como *baseline*, na primeira interação é solicitado ao cuidador que atue conforme habitual com o seu bebé, posteriormente, surge o episódio “*still-face*”, em que o cuidador deverá adotar uma postura não responsiva com expressão facial neutra, enquanto olha para o bebé e, por último, o cuidador retoma novamente a sua expressão e comportamento habituais para com o bebé. A interação primária permite a observação da interação típica entre a díade, servindo assim de ponto de situação para comparação com os episódios seguintes da “*still-face*” e do regresso à ‘normalidade’. A interação secundária (“*still-face*”) é considerada como *stressor* por representar perda súbita de contacto social que, geralmente, produz a reação no bebé de diminuição dos afetos positivos e do contacto visual com o cuidador. A terceira e última interação permite a apreciação da reparação relacional após a disrupção associada à fase anterior, tipicamente, com recuperação dos afetos positivos e do contacto visual do bebé para com o cuidador, ainda que em menor grau que o observável na situação *baseline*.

Com efeito, as referidas dinâmicas e instrumentos de avaliação são úteis na apreciação das forças e dificuldades na relação pais-bebé, conduzindo a intervenção no sentido de otimizar as condicionantes identificadas como preocupações ou potencialmente problemáticas.

## 1.2. Intervenção especializada de saúde mental na promoção da parentalidade: Projeto SER cuidado para SABER cuidar

Conforme fundamentação teórica, as experiências precoces são determinantes no desenvolvimento da criança. Estas são oferecidas pela experiência relacional e de cuidados vivida no ambiente familiar nos primeiros tempos de vida. Paralelamente, outro fenómeno complexo poderá estar associado: a PI, cujo evento de vida impacta os pais com exigentes transições adaptativas e de acrescida susceptibilidade psicológica.

Os programas de intervenção parental são um exemplo de intervenção eficaz que se baseia no uso de estratégias com o objetivo de potenciar a autoconfiança parental, melhorar capacidades parentais e promover a qualidade da relação pais-criança. O intuito da intervenção psicoterapêutica pais-bebé será promover um ambiente facilitador e securizante da saúde mental, que otimize o desenvolvimento socioemocional e comportamental infantil (Saraiva e Cerejeira, 2018). Deste modo, na sua aplicação prática, a intervenção será de ajuda aos pais com o desígnio, ainda que indireto, de ajudar a criança (Freitas e Malpique, 2014).

Desta forma, como estratégia-resposta de apoio à tríade familiar e, assim, qualificando-se como ação promotora da saúde mental perinatal, propõe-se a ESM como agente promotor da parentalidade, não só por forma a potenciar o vínculo e, sequeentemente, um ambiente securizante e protetor da saúde mental infantil, mas também enquanto motor na prevenção da perturbação mental parental.

Neste sentido, e da agregação de ambos os modelos de enfermagem de Meleis e Peplau supramencionados com o programa de intervenção psicoterapêutica sugerido pelo colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental, nasce a intervenção especializada de saúde mental na promoção da parentalidade, que ganha forma neste projeto. Além dos referidos modelos de enfermagem, o projeto inspira-se igualmente no exemplo de intervenção parental, *Triple P*, assumindo-se como possibilidade mediadora na promoção da saúde mental infantil.

O título ‘SER cuidado para SABER cuidar’ foi pensado considerando os seguintes aspetos: cuidar, verbo que estabelece o meu desígnio profissional enquanto enfermeira; metamorfose da parentalidade e transmissão experiencial do cuidado – tornar-se cuidador, espelho de como foi cuidado; por último, a maior fonte de conhecimento é trabalhada a partir de dentro – o ‘saber’ requer a internalização do ‘ser’.

Os objetivos do projeto foram:

- Conhecer diagnósticos de enfermagem de saúde mental na vivência da PI durante o primeiro ano de vida do bebé;
- Conhecer necessidades / preocupações emergentes na vivência da PI;
- Assegurar acolhimento empático aos pais que assumem a PI;
- Potenciar o *coping*, autoconfiança e sentimento de autossuficiência parentais;
- Promover a relação e vinculação da tríade familiar.

Como critérios de inclusão ficaram estabelecidos a PI afeta ao primeiro ano de vida do bebé e pais que participem consentida e voluntariamente no projeto. Foram excluídos pais com psicopatologia grave e previamente sinalizados por negligência ou maus-tratos.

‘SER cuidado para SABER cuidar’ foi organizado em 4 sessões monofamiliares, sequenciais, a decorrer presencialmente com periodicidade quinzenal, em consultório de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), estruturando-se consoante Quadro 2, que discrimina as sessões, de forma *standard*, admitindo um conjunto alargado de intervenções. Salvaguarda-se que tal planificação constitui unicamente a *baseline* das respetivas sessões, sendo que o componente essencial surge da dimensão relacional e, por isso, focada nas necessidades emocionais emergentes do ‘aqui e agora’ aquando interação com as famílias.

**Quadro 2.** Sessões de intervenção do projeto ‘SER cuidado para SABER cuidar’

<b>SESSÃO I</b>	<p><b>Orientação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação</li> <li>• Anamnese / história da gravidez / percepções dos pais relativamente ao bebé (imaginado <i>versus</i> real)</li> <li>• Identificação das principais preocupações parentais</li> <li>• Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito (DGS, 2015)</li> </ul>
<b>SESSÃO II</b>	<p><b>Identificação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da interação pais-bebé (em situação normal e perante paradigmas da Situação Estranha e <i>Face-to-Face Still-Face</i>)</li> <li>• Incentivo à partilha de emoções</li> <li>• Exercício de permuta de reconhecimentos entre casal</li> <li>• <i>Feedback</i> preliminar das observações feitas</li> </ul>
<b>SESSÃO III</b>	<p><b>Exploração</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação com estratégias de <i>coping</i> quanto às preocupações sinalizadas</li> <li>• Atividade terapêutica (AT) ('bateria semanal') para partilha de sentimentos</li> <li>• <i>Debriefing</i> acerca das práticas parentais</li> </ul>
<b>SESSÃO IV</b>	<p><b>Resolução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusão da relação terapêutica</li> <li>• Aplicação de técnica de mindfulness (<i>body scan</i>)</li> <li>• AT para encerramento (uso da técnica dos 6 chapéus do pensamento para pensar a temática 'Saúde Mental e Parentalidade')</li> </ul>

### 1.2.1. Acolhendo e recolhendo

Num período temporal de cerca de 3 meses foi desenvolvido o projeto ‘SER cuidado para SABER cuidar’, integrado em segundo momento de estágio, em contexto comunitário, numa USF da região oeste. A sua implementação organizou-se em 5 fases seriadas: apresentação do projeto à equipa comunitária e seleção dos participantes, sessão I, sessão II, sessão III e sessão IV.

Em colaboração com a enfermeira orientadora e equipa comunitária, foram identificadas 4 famílias na configuração triádica mãe-pai-bebé, utentes da USF que cumpriam os critérios de

elegibilidade do projeto, compostas por pais com idade compreendida entre 26 e 50 anos e bebês com 21 dias a 5 meses de vida. Cada sessão monofamiliar teve, em média, duração de 1 hora, contando com a presença assídua, na grande maioria, da tríade mãe-pai-bebê. Não houve desistências, nem desmarcações das sessões agendadas. Como intervenientes terapêuticos estiveram presentes a mestranda em ESMP, autora deste relatório, e supervisora clínica, EEESMP.

A sessão I, de orientação para aferir necessidades, expectativas e preocupações, contou com a colheita de dados detalhada. As famílias participantes estão identificadas com nomes fictícios e foram alterados por forma a manter ocultos dados identificativos por dever de sigilo profissional e proteção de dados.

Além da apreciação do vínculo pais-bebê, houve consciência pela monitorização do desenvolvimento dos bebês, de acordo com *checklist* de marcos do desenvolvimento do manual DC 0-5 (*Zero to Three*, 2016), sendo que todos apresentaram sinais de desenvolvimento adequados e em conformidade ao seu estadio.

As gestações foram planeadas e desejadas. Relativamente à história de gravidez, sem relatos de complicações durante este período, sendo que os pais referem que a experiência se terá tornado mais real a partir da ecografia morfológica, em que o bebê “ganhou forma” (*sic erat scriptum (sic)*). Todos os pais atribuíram o parto como momento traumático, o qual descrevem com “dor” (*sic*) e “muito diferente” (*sic*) do idealizado.

Os sentimentos com a chegada do bebê são essencialmente positivos, ainda que a adaptação ao primeiro mês seja descrita como “difícil” (*sic*) e “desafiante” (*sic*).

Quanto ao suporte circundante existente, as famílias reportam de imediato à sua rede familiar, nomeadamente, avós maternos e paternos (dos bebês), ainda que considerem recorrer pouco a esse apoio. Uma das famílias apresentou-se muito satisfeita com a rede de suporte familiar, verbalizando que esta será “presente” (*sic*) e “envolvida” (*sic*).

Não se detetaram eventos disruptivos na infância dos pais, embora somente duas das famílias a classifiquem como “feliz” (*sic*). Ao longo das sessões seguintes foi possível intuir que a infância de alguns dos pais poderá ter tido experiências menos favoráveis, no entanto, não houve oportunidade de explorar devidamente esta temática.

Como atividade de encerramento da sessão I, os pais realizaram exercício conjunto de selecionar as suas 3 principais preocupações, que redigiram num papel simbolicamente dobrado para, à *posteriori*, em sessão, ‘abrir’ e endereçar. Estas preocupações apresentadas dizem respeito a questões de conjugalidade, cuidados parentais ao bebê, situação económica e questões sociofamiliares. Em contraposição aos seus comprovados benefícios, uma das preocupações emergentes, relativa aos cuidados parentais, está relacionada com a amamentação, cuja ansiedade associada ao ato, em duas das tríades, pareceu avolumar-se pelo sentimento de ‘incapacidade’ ou ‘insucesso’ *versus* expectativa e vontade.

### **1.2.2. (Re)encontros na construção do plano de cuidados**

Os problemas de saúde mental emergentes das sessões com as tríades familiares estão essencialmente relacionados com as dimensões sono/repouso, autopercepção, papel parental, relacionamento conjugal e familiar, *coping*/tolerância ao stress e coerência entre valores, crenças e atos. Desta forma, deixam-se explícitos os diagnósticos de enfermagem NANDA-I coidentificados com os pais, respeitantes às dimensões afetas.

#### **Sono / Repouso**

- Insónia: manifestada por (M/P) insónia inicial / de manutenção, interrupção do sono e insatisfação com o sono; relacionada com (R/C) ansiedade, exigências face a evento de vida;

- Distúrbio no padrão de sono: M/P despertar não intencional, insatisfação com o sono e cansaço; R/C interrupção causada pela necessidade de cuidados ao bebé;

- Disposição para sono melhorado: M/P vontade de melhorar o padrão de sono; R/C necessidade manifesta de restabelecimento energético;

- Fadiga: M/P cansaço, sonolência e sentimento de adinamia; R/C exigências do papel parental e privação de sono;

#### **Autopercepção**

- Disposição para autoconceito melhorado: M/P autossuficiência, autoconfiança e desejo de melhorar o autoconceito; R/C transição para a PI e integração de novos papéis;

- Risco de distúrbio de identidade pessoal: M/P conflitos de decisão e alteração de papéis; R/C exigências adaptativas da PI (transição situacional e de desenvolvimento);

- Risco de baixa autoestima situacional: M/P sentimento de sobrecarga / incapacidade face às expectativas, em si mesmo e do(s) outro(s), no desempenho do papel parental; R/C alteração da imagem corporal (alterações morfológicas da mulher no pós-parto) e alteração de papéis com quebra do ambiente conhecido (de homeostase);

#### **Papel parental**

- Disposição para paternidade ou maternidade melhorada: M/P desejo de melhorar no desempenho do papel parental e de vinculação ao bebé; R/C PI e autorresponsabilização pelos cuidados ao bebé;

#### **Relacionamentos**

- Processos familiares interrompidos: M/P menor disponibilidade afetiva e diminuição da intimidade conjugal; R/C alteração de papéis pela transição para a parentalidade;

- Disposição para processos familiares interrompidos: M/P menor disponibilidade afetiva e diminuição da intimidade conjugal; R/C alteração de papéis pela transição para a parentalidade;

- Disposição para relacionamento melhorado: M/P desejo em aumentar o bem-estar conjugal, em melhorar a comunicação entre casal e de restabelecer a reciprocidade relacional; R/C alteração na dinâmica familiar entre casal com o aparecimento do primeiro filho;

#### **Mecanismos de coping**

- Ansiedade: M/P preocupações, irritabilidade, verbalização de apreensão/ansiedade e dificuldade em descansar e relaxar; R/C adaptação à PI;

- Coping defensivo: M/P recusa em demonstrar vulnerabilidades, culpabilização de outros e racionalização das dificuldades; R/C medo do fracasso, falta de confiança e disrupção entre construções idealizadas e vivência atual;

- Disposição para coping melhorado: M/P vontade de conhecer estratégias de *coping* e de promoção da saúde mental; R/C desejo de proteger a saúde mental do bebê através da integração de um modelo parental securizante;

### **Princípios de vida**

- Conflito de decisão: M/P indecisão e atraso na tomada de decisão (p.e.: introdução alimentar ao invés de amamentação exclusiva); R/C pressão exercida pelas várias fontes de informação acerca de práticas parentais e dissociação entre expectativas/crenças pessoais e acontecimentos reais;

- Disposição para tomada de decisão melhorada: M/P desejo de tomada de decisão sincrónica com o objetivo estabelecido e vontade de expandir a compreensão das próprias escolhas na tomada de decisão; R/C vontade de aumentar a harmonia e bem-estar da tríade familiar.

Perante os problemas de saúde mental identificados com os pais, foi prestado cuidado psicoterapêutico, sob supervisão clínica por orientadora especialista em ESMP, que, a par do plano-base e preparação prévios, surgiram essencialmente da espontaneidade das sessões monofamiliares e da disponibilidade relacional das tríades na exposição das suas vulnerabilidades, que permitiu o conhecimento de uma perspetiva alargada da saúde mental dos participantes.

A abordagem procurou ser abrangente e integrativa, combinando estratégias cognitivo-comportamentais, de promoção do *coping*, psicoeducativas e de promoção do conforto psicológico, em que a compreensão empática terá sido a ‘qualidade’ fundamental da intervenção com as tríades. Assim, sem menosprezo de intervenções de outro âmbito, que surgiram de necessidades aferidas com as tríades familiares, nomeadamente cuidados de saúde materna e infantil, no quadro 3 estão enunciadas as intervenções psicoterapêuticas NIC consistente e conscientemente utilizadas.

**Quadro 3.** Intervenções de enfermagem NIC aplicadas no projeto ‘SER cuidado para SABER cuidar’

Promoção da relação psicoterapêutica / comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escutar ativamente;</li> <li>- Construção da relação complexa;</li> <li>- Estabelecimento de metas mútuas (elaboração da ‘tabela de preocupações’);</li> <li>- Contrato com o paciente (estabelecimento em sessão I, com reforço nas seguintes sessões, do compromisso e consentimento, informado, esclarecido e livre dado por escrito, que foi assinado por todos os intervenientes da relação terapêutica);</li> <li>- Presença</li> </ul>
Intervenção cognitivo-comportamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhamento;</li> <li>- Apoio à tomada de decisão;</li> <li>- Melhora do papel (incentivo à partilha e evocação de emoções associadas ao desempenho do papel, bem como as suas implicações, e assistência na identificação de novas estratégias e comportamentos para facilitação do processo de transição e adaptação ao papel parental);</li> <li>- Melhora da autocompetência;</li> <li>- Facilitação da autorresponsabilidade</li> </ul>

Promoção do <i>coping</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora do <i>coping</i>;</li> <li>- Arteterapia (uso da ‘bateria semanal’ como mediador expressivo);</li> <li>- Melhora do <i>self-awareness</i> (incentivo à partilha e evocação de pensamentos e emoções para facilitar o seu reconhecimento, validação das observações realizadas);</li> <li>- Orientação antecipada (assistência na adaptação ao papel parental e mudanças / exigências inerentes, prevenindo potencial crise de adaptação);</li> <li>- Dizer a verdade (após estabelecimento da relação de confiança, devolução das observações feitas, quer no intuito de salientar / confrontar com possíveis discrepâncias notadas, como para validar apreciações realizadas)</li> </ul>
Psicoeducação	- Melhora da literacia em saúde (informar acerca de problemas de saúde mental associados ao período pós-parto, estratégias de promoção de saúde mental perinatal e proteção da saúde mental infantil)
Promoção de bem-estar psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução da ansiedade;</li> <li>- Terapia de relaxamento (aplicação de exercício de <i>mindfulness</i>, com uso da técnica <i>bodyscan</i>);</li> <li>- Suporte emocional;</li> <li>- Melhora da autoestima (reforço das forças pessoais coidentificadas, incentivo à verbalização diária de afirmações positivas, <i>feedback</i> positivo às competências parentais, assistir no reconhecimento da contribuição destas no desenvolvimento do bebé);</li> <li>- Melhora do sono (identificação de comportamentos que prejudiquem o padrão de sono, incentivo à coparentalidade com divisão de tarefas durante os períodos diurno e noturno, ensino de métodos para indução do sono);</li> <li>- Promoção de esperança</li> </ul>
Suporte à família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção do vínculo (reforço dos sinais de vinculação segura observáveis e das competências parentais e do bebé);</li> <li>- Promoção da integridade familiar: família com filho (reforço de comportamentos parentais positivos, incentivo à evocação de sentimentos relativos à parentalidade, encorajamento ao investimento conjugal, realização de exercício de permuta de reconhecimentos entre casal, assistência no antecipar do retomar do papel profissional / harmonização dos papéis dicotómicos associados à parentalidade – parental, conjugal, familiar, social, profissional, etc.)</li> </ul>

### 1.2.3. Síntese e análise das sessões

De seguida, apresentam-se os resultados de enfermagem obtidos, bem como os seus indicadores, documentados de acordo com a taxonomia NOC:

- Nível de ansiedade

**Tabela 1.** Cotação dos indicadores NOC do nível de ansiedade

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Preocupação	2	2	3	3	3	3	3	3

Irritabilidade	4	4	3	3	3	4	3	3
Apreensão verbalizada	2	3	3	3	4	3	3	3
Ansiedade verbalizada	2	3	4	4	5	4	4	5
Fadiga	2	2	1	2	3	3	1	2
<b>Nível de ansiedade</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>16</b>

Cotação dos indicadores: 1 – severa; 2 – substancial; 3 – moderada; 4 – ligeira; 5 – inexistente

De um modo geral, existiu otimização, ainda que ligeira, do nível de ansiedade, embora se observe efeitos díspares em cada família, o que é demonstrativo da subjetividade dos resultados. Denote-se que na verbalização de apreensão e ansiedade, existiu aumento no caso particular de uma das famílias, em que inicialmente era evidente um padrão comportamental mais defensivo, dependendo-se que o processo de estabelecimento da relação de confiança terá sido mais moroso.

- Autocontrolo da ansiedade

**Tabela 2.** Cotação dos indicadores NOC de autocontrolo da ansiedade

<i>Sessão</i>	<i>Família Antunes</i>		<i>Família Alves</i>		<i>Família Martins</i>		<i>Família Pereira</i>	
	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>
Busca informações para diminuir ansiedade	5	5	3	3	4	4	3	4
Usa técnicas de relaxamento	1	2	2	3	3	4	3	4
Mantém desempenho de papel	5	5	5	5	5	5	5	5
Partilha preocupações com os outros	2	3	4	4	2	3	3	3
Mantém sono adequado	3	3	2	2	3	3	2	2
<b>Autocontrolo da ansiedade</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>18</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca demonstrado; 2 – raramente demonstrado; 3 – algumas vezes demonstrado; 4 – substancialmente demonstrado; 5 – totalmente demonstrado

Denotou-se um aumento progressivo do autocontrolo da ansiedade nas famílias. No *coping* parental da ansiedade, problema identificado transversalmente nas sessões, os pais foram convidados a encará-la positivamente como uma, ainda que desconfortável, força impulsionadora da ação que auxilia no confronto com as exigências do seu novo papel. Relativamente ao uso de técnicas de relaxamento para diminuição da ansiedade, todas as famílias apresentaram interesse crescente e recorreram mais assiduamente a estes métodos. A funcionalidade no desempenho de papel permaneceu inalterável. Na manutenção de sono, não foi observável alteração entre primeira e última sessão, sendo que se associa uma maior dificuldade em dormir nas famílias dos bebés sob aleitamento materno exclusivo.

- Repouso

**Tabela 3.** Cotação dos indicadores NOC de repouso

<i>Sessão</i>	<i>Família Antunes</i>		<i>Família Alves</i>		<i>Família Martins</i>		<i>Família Pereira</i>	
	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>
Aparência descansada	4	4	5	5	4	4	2	4
Descanso físico	2	3	2	3	3	3	2	3

Descanso mental	3	3	3	3	3	3	3	3
Descanso emocional	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Repouso</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>13</b>

Cotação dos indicadores: 1 – severamente comprometido; 2 – substancialmente comprometido; 3 – moderadamente comprometido; 4 – ligeiramente comprometido; 5 – não comprometido

Dos resultados obtidos percebe-se uma relação causa-efeito pouco significativa das intervenções aplicadas no repouso dos participantes. Verificou-se um acréscimo no repouso de uma das famílias, referente ao indicador “aparência descansada”, que se associa ao investimento próprio (incentivado nas sessões) e à fase de desenvolvimento do bebé entre a primeira (recém-nascido) e última sessão (2 meses de vida) que, naturalmente, representa maior carga numa fase mais inicial.

#### - Sono

**Tabela 4.** Cotação dos indicadores NOC de sono

<i>Sessão</i>	<i>Família Antunes</i>		<i>Família Alves</i>		<i>Família Martins</i>		<i>Família Pereira</i>	
	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>
Horas de sono	3	4	2	3	3	3	2	3
Interrupção do sono	3	4	2	3	3	3	2	3
Dificuldade em adormecer	4	4	4	4	3	3	4	4
<b>Sono</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

Cotação dos indicadores: 1 – severamente comprometido; 2 – substancialmente comprometido; 3 – moderadamente comprometido; 4 – ligeiramente comprometido; 5 – não comprometido

Após as sessões, foi visível genérica melhoria do padrão de sono dos pais, que se relaciona com a capacidade evolutiva de autorregulação do bebé e modificações nos cuidados parentais, tais como, espaçamento das mamadas, introdução alimentar e períodos de repouso do bebé em divisão própria. Numa das famílias não foi possível determinar transformações no sono, sendo que esta apresentava já problemas neste sector previamente à situação de PI.

#### - Tomada de decisão

**Tabela 5.** Cotação dos indicadores NOC de tomada de decisão

<i>Sessão</i>	<i>Família Antunes</i>		<i>Família Alves</i>		<i>Família Martins</i>		<i>Família Pereira</i>	
	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>
Identifica alternativas	3	5	4	5	4	5	5	5
Identifica potenciais consequências	3	5	4	5	4	5	5	5
Reconhece incongruências	3	5	4	5	3	4	3	4
Seleciona entre possibilidades	3	4	3	4	3	4	3	4
<b>Tomada de decisão</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>18</b>

Cotação dos indicadores: 1 – severamente comprometido; 2 – substancialmente comprometido; 3 – moderadamente comprometido; 4 – ligeiramente comprometido; 5 – não comprometido

Perante a confrontação das expectativas / crenças (pessoais e por pressões externas) com a realidade, essencialmente com questões relacionadas com a amamentação, introdução alimentar,

regresso ao emprego e investimento em atividades recreativas, notou-se dificuldade na tomada de decisão e adiamento desta em dar uma resposta mais adaptativa. Neste sentido, a assistência dada permitiu evolução na tomada de decisão dos participantes, conforme evidenciado na tabela 5.

- Esperança

**Tabela 6.** Cotação dos indicadores NOC de esperança

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Expressa expectativas de futuro positivo	4	4	3	4	4	4	3	4
Expressa crença em si próprio	3	4	3	4	3	4	3	4
Manifesta entusiasmo pela vida	4	4	4	4	4	4	4	4
<b>Esperança</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>12</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca demonstrado; 2 – raramente demonstrado; 3 – algumas vezes demonstrado; 4 – muitas vezes demonstrado; 5 – consistentemente demonstrado

A esperança das famílias foi sendo demonstrada ao longo das sessões, mantendo-se num nível aparentemente saudável. Evidenciou ser uma temática da qual os pais sentem agrado ao abordar. Consideram como fator essencial ao bem-estar psicológico, depositando grande parte desta no futuro do bebé.

- Self-awareness

**Tabela 7.** Cotação dos indicadores NOC de *self-awareness*

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Reconhece capacidades emocionais	3	4	3	4	3	4	3	4
Reconhece limitações emocionais	2	3	3	4	2	3	2	3
Reconhece padrões de comportamento	3	4	3	4	2	3	2	3
Awareness dos pensamentos	3	4	3	4	3	4	3	4
Awareness dos sentimentos	2	4	3	4	2	4	2	3
Autorreflexão	3	3	3	4	3	4	3	3
Reflete sobre interações	3	3	3	4	3	4	2	3
<b>Self-awareness</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>23</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca demonstrado; 2 – raramente demonstrado; 3 – algumas vezes demonstrado; 4 – substancialmente demonstrado; 5 – totalmente demonstrado

Em conformidade com a tabela acima apresentada, as sessões surgiram como contributivas na capacidade de autopercepção das famílias. O incentivo à compreensão de si próprio, embora inicialmente descrito pelos participantes como “algo desconfortável” (*sic*), mostrou-se benéfico no processo de transição para a parentalidade. Após o termo da relação, uma das famílias manteve este tipo de acompanhamento (ajuda na ampliação do autoconhecimento) com um profissional de saúde.

- Autoestima

**Tabela 8.** Cotação dos indicadores NOC de autoestima

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Verbalizações de autoaceitação	3	3	4	4	4	4	4	4
Aceitação de limitações	4	4	4	4	3	4	4	4
Comunicação aberta	4	5	4	5	2	3	3	3
Autorrealização	4	4	3	3	4	4	3	3
Manutenção do autocuidado	4	4	5	5	4	4	3	4
Aceitação de críticas construtivas	4	4	4	4	3	3	3	3
<b>Autoestima</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>21</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca positivo; 2 – raramente positivo; 3 – por vezes positivo; 4 – muitas vezes positivo; 5 – consistentemente positivo

A autoestima, por estar relacionada com sistemas pessoais muito enraizados, com alusões ao modelo oferecido pela própria infância dos participantes, não sofreu alterações expressivas. No entanto, com a densificação da relação terapêutica, a abertura de comunicação nas interações tornou-se gradativamente mais saliente.

- Coping

**Tabela 9.** Cotação dos indicadores NOC de coping

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
Verbaliza autocontrolo	3	3	2	3	2	3	3	3
Reporta diminuição de stress	3	3	3	3	3	3	3	3
Aceitação da situação	3	4	3	4	3	4	3	4
Adaptação a eventos de vida	4	4	4	4	4	4	4	4
Identifica mecanismos de coping eficaz	3	4	3	4	3	4	3	4
Identifica mecanismos de coping ineficaz	3	4	3	4	3	4	3	4
<b>Coping</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>22</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca demonstrado; 2 – raramente demonstrado; 3 – por vezes demonstrado; 4 – muitas vezes demonstrado; 5 – consistentemente demonstrado

As sessões com as tríades familiares, ilustradas pelos indicadores obtidos, validaram a importância deste tipo de intervenção na construção de um coping mais adaptativo.

- Adaptação psicossocial: mudança de vida

**Tabela 10.** Cotação dos indicadores NOC de adaptação psicossocial: mudança de vida

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV

Partilha sentimentos com os outros	2	3	4	5	3	5	3	3
Monitoriza impacto psicossocial da mudança	3	4	3	4	3	4	3	4
Mantém pensamento positivo	4	4	4	4	4	4	4	4
Reporta <i>empowerment</i>	3	3	3	3	3	3	3	3
Manifesta aceitação do novo papel	5	5	5	5	5	5	5	5
Satisfação com desempenho do papel	4	5	4	5	4	5	4	5
Participa em atividades recreativas	2	3	1	3	2	3	1	3
<b>Adaptação psicossocial: mudança de vida</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>27</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca demonstrado; 2 – raramente demonstrado; 3 – por vezes demonstrado; 4 – muitas vezes demonstrado; 5 – consistentemente demonstrado

A adaptação psicossocial à PI decorreu com manifesta evolução contínua no decorrer das sessões, percecionada através das partilhas das famílias. Esta progressão evolutiva relacionou-se intimamente com o aumento das competências parentais e sentimento de autossuficiência (*role mastery*).

- Vínculo pais-bebé

**Tabela 11.** Cotação dos indicadores NOC de vínculo pais-bebé

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
	Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebé	5	5	5	5	5	5	4
Vocalizações para o bebé	4	5	5	5	5	5	4	4
Respondem aos indicadores do bebé	5	5	5	5	5	5	5	5
Bebé olha os pais	5	5	5	5	5	5	5	5
Comportamentos de busca mútua de proximidade	5	5	5	5	5	5	4	5
<b>Vínculo pais-bebé</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>24</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca demonstrado; 2 – raramente demonstrado; 3 – por vezes demonstrado; 4 – muitas vezes demonstrado; 5 – consistentemente demonstrado

Foram observados sinais consistentes de vinculação segura em todas as famílias, tais como, além dos indicadores supramencionados, disponibilidade emocional dos pais para o bebé, capacidade de exploração deste último e reciprocidade / sincronia relacional. As sugestões para potenciação do vínculo pais-bebé foram aceites pelos pais com agrado e motivação. Não se detetou qualquer compromisso na relação pais-bebé.

- Desempenho do papel

**Tabela 12.** Cotação dos indicadores NOC de desempenho do papel

Sessão	Família Antunes		Família Alves		Família Martins		Família Pereira	
	I	IV	I	IV	I	IV	I	IV
	Descrição de alterações de papel com aparecimento do filho	4	4	4	4	4	4	4

Desempenho de comportamentos do papel parental	5	5	5	5	5	5	5	5
Desempenho de comportamentos do papel conjugal	2	3	2	3	3	3	3	3
Desempenho de comportamentos do papel profissional	2	3	2	3	2	3	2	3
Mencionar conforto com as expectativas do papel	4	4	4	4	4	4	4	4
<b>Desempenho do papel</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>19</b>

Cotação dos indicadores: 1 – não adequado; 2 – levemente adequado; 3 – moderadamente adequado; 4 – substancialmente adequado; 5 – totalmente adequado

Não foram inferidos efeitos causais no desempenho do papel. Não obstante, foi denotado preocupação e disponibilidade para conciliar os papéis conjugal e profissional com o papel parental, exercício este percebido como “desafiante” (*sic*) pelos pais, motivo pelo qual foi abordado e debatido nas sessões.

#### - Integridade familiar

**Tabela 13.** Cotação dos indicadores NOC de integridade familiar

	<i>Família Antunes</i>		<i>Família Alves</i>		<i>Família Martins</i>		<i>Família Pereira</i>	
	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>IV</i>
Interage frequentemente com família alargada	2	3	2	3	2	3	3	3
Envolve membros na resolução de problemas	3	4	3	4	3	3	4	4
Participação conjunta em atividades recreativas	2	3	3	3	3	4	3	3
Participação em tradições familiares	3	3	3	3	3	3	4	4
Expressão de afetos mútuos	2	3	3	4	4	5	4	5
Coparticipação no desempenho de papéis e tarefas de vida diária	5	5	3	4	4	5	5	5
Partilham pensamentos, sentimentos, interesses e preocupações	2	3	2	4	4	5	3	4
Intercomunicação aberta e franca	4	4	4	4	4	4	5	5
<b>Integridade familiar</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>33</b>

Cotação dos indicadores: 1 – nunca demonstrado; 2 – raramente demonstrado; 3 – por vezes demonstrado; 4 – muitas vezes demonstrado; 5 – consistentemente demonstrado

A integridade familiar revelou-se mantida ao longo do espaço temporal das sessões, sendo que todas as famílias festejaram as épocas festivas do natal e ano novo com a família alargada. A inclusão de outros familiares e a colaboração entre casal despontou positivamente com o decorrer das sessões, tendo sido integrante das temáticas centrais, conforme necessidades apuradas com as tríades familiares.

Nos parágrafos seguintes, partilham-se considerações analíticas desta experiência formativa, fruto das perceções oferecidas pelo emergente na exploração da relação terapêutica com as famílias ao longo das sessões.

Na primeira sessão, de forma genérica, em que as famílias se apresentaram conjuntamente (mãe-pai-bebé), foi manifesto o facto de o pai não se evidenciar, como que assumindo um papel secundário e, mesmo quando abordado diretamente pelo profissional, estabelecer contacto visual com a companheira em aparente solícito de aprovação. Nas sessões seguintes, após reforço da importância da figura paterna na constituição da tríade familiar, denotou-se um crescente esforço e desejo em participar.

Tal comportamento tendencial por parte do pai foi já observado por Brazelton (2013) nas suas consultas, que ressalva igualmente a propensão para uma competição entre a díade parental pela eficácia nos cuidados ao bebé, não necessariamente prejudicial, dada a intenção positiva de ligação com o bebé. A existência desse tipo de atribuição competitiva acerca dos cuidados ao bebé foi também percebida nas sessões, quer entre as díades parentais, quer proveniente de outros familiares, em particular dos avós do bebé (deduzível através de relatos dos pais).

Outra interessante comprovação diz respeito à carga emocional que o próprio casal entre si, bem como de terceiros, exercem quando partilham opiniões que contestem determinada prática parental. Dado o sentimento de inexperiência e as preocupações preexistentes dos pais, denotou-se hipersensibilidade para este tipo de pressões, gerando-lhes irritabilidade e culpabilização. Em resposta, pareceu emergir necessidade parental em condicionar o contacto de outros com o bebé. No entanto, a limitação temporal mostrou-se insuficiente para aprofundar devidamente esta questão, ainda que tal tenha sido devolvido às famílias, com aparente efeito positivo, demonstrando-se agradados com uma nova compreensão da situação.

Na sessão IV (última) recorreu-se ao *mindfulness* como terapia de relaxamento, que pressupõe a atenção plena, isto é, *self-awareness* na respiração, sensações corporais e pensamentos (Demarzo, Garcia-Campayo, 2017). Denota-se que esta intervenção foi acolhida maioritariamente com grande receptividade e interesse, apesar de não se ter mostrado determinante na diminuição da ansiedade; por outro lado, uma das famílias rejeitou de imediato a proposta por desacreditar dos seus efeitos. Efetivamente e não obstante os relatos de bem-estar no pós-sessão imediato, apesar do pouco impacto constatado nos resultados obtidos no nível de autocontrolo da ansiedade se poder explicar com o facto de ter sido aplicada com o intuito de surgir como estratégia-exemplo para utilização futura pelos pais, o *mindfulness* parece gerar polémica pelas diferenças de opinião que origina. Assim, ainda que a amostra se veja circunscrita a 4 famílias, o que dificulta uma apreciação conclusiva, parece ter potencial para ser algo expressiva de uma representação mais genérica.

Com foco no interveniente psicoterapêutico e na relação de confiança, salienta-se a importância de, em virtude de potenciar o *insight* em saúde mental da tríade, não ‘vomitar’ uma série de estratégias / sugestões pela tendencial ativação no outro de mecanismos de defesa como resposta e destacar primariamente reconhecimentos do desempenho do papel parental, através do elogio e reforço positivo.

Na relação com as famílias, a escuta empática terá sido a intervenção com maior satisfação percebida pelos pais, no sentido de se sentirem ouvidos.

Na adaptação à parentalidade, os pais passam por um processo astronómico de aprendizagem cujo sucesso estará muito mais relacionado com as experiências de tentativa-erro que com proficiência inata no desempenho do novo papel. Tal perceção poderá ser perturbadora quando, profissional e socialmente, a eficácia é encarada como característica denunciadora da competência da pessoa. Suportado pelo exposto, as sessões monofamiliares ofereceram a perspetiva que pais mais perfeccionistas, por feitio, poderão sentir maior dificuldade na integração da aprendizagem pelo ‘erro’, o que salienta a necessidade de uma abordagem salutogénica de intervenção de ESM, sem apresentação prévia de um problema expresso, cujo foco seja a promoção da saúde mental da tríade familiar no primeiro ano de adaptação à parentalidade.

#### **1.2.4. Desfechos do projeto ‘SER cuidado para SABER cuidar’**

Considerando o projeto em ligação à experiência formativa e, subjacente, intuito de desenvolvimento de competências, os atributos na forma como os pais foram acolhidos e compreendidos, gerindo e estando atenta a processos transferenciais, contratransferenciais e outros impasses terapêuticos, permitiram dar robustez e desenvolver competências em torno da mobilização do ‘eu’ enquanto instrumento psicoterapêutico; por sua vez, a mobilização de competências psicoterapêuticas na ajuda ao processo de entendimento e confrontação dos pais com as suas próprias dinâmicas, oferecendo-se a possibilidade de repensar a forma como eles próprios foram cuidados/educados, promoveu a capacidade de devolução das observações feitas nas interações com as tríades.

Consciencializo-me que as 4 sessões permitiram a construção de partilha, confiança e intimidade, que considero subjacentes a uma relação de aliança terapêutica, com a totalidade das famílias participantes e, muito embora, a continuidade de acompanhamento esteja assegurada, fica a perceção que este tipo de intervenção beneficiaria de um maior número de sessões para dar resposta às necessidades aferidas, aprofundando significados e preocupações coidentificados.

Constataram-se limitações contextuais, nomeadamente apenas ter sido disponível o acesso a famílias ao cuidado da enfermeira orientadora e a impossibilidade de transpor este programa de intervenção para o primeiro contexto de estágio. Estruturalmente, as limitações provêm da não implicação de diagnósticos de enfermagem no âmbito da parentalidade e vinculação como critérios de inclusão, por forma a conduzirem a intervenções e resultados mais concretos e mensuráveis. No entanto, esta ‘liberdade’ permitiu o foco na pessoa e não no diagnóstico como ponto de partida, elemento que considero respeitar a desejada visão salutogénica e potenciador da relação terapêutica, permitindo uma abordagem não-diretiva e mais empática, facilitadora de um ambiente que promove a otimização e motivação do *empowerment* da pessoa no seu processo terapêutico.

Como tal, futuramente, seria interessante ver a replicação do projeto numa amostra maior com o propósito de consolidação dos achados, de maneira a dar visibilidade e robustez aos ganhos / contributos

subjacentes a este tipo de intervenção. Em contrapartida, deixa-se a nota de humildade em relação à consciência da modéstia dos resultados/benefícios obtidos.

Quando o bebé nasce, o integrar do papel parental requer, além do desempenho do papel e aquisição / mobilização de novas competências, que os pais abdicuem das imagens idealizadas em torno da parentalidade e se ajustem à imagem real. Esta consciencialização e aceitação da realidade alternativa (face ao imaginado) poderá ser vista com igual beleza e esperança, ainda que para tal possa ser necessário e/ou facilitador o apoio de um profissional, nomeadamente do EEESMP.

Em adição, analisa-se que a prevenção da depressão e ansiedade parentais não constituem foco isolado na intervenção do EEESMP que atua no âmbito da saúde mental perinatal, o que fica reforçado com o reconhecimento dos focos de atenção identificados. Como tal, a intervenção com a tríade familiar deverá ser especializada e diferenciada por forma a dar resposta às necessidades e problemas de saúde mental inerentes. Neste sentido, e após exposição dos achados do projeto ‘SER cuidado para SABER cuidar’, procurando contrariar a tendencial visão patogénica sobre os cuidados de saúde à pessoa/família, deixa-se o repto de uma perspetiva salutogénica, reiterando-se a necessidade de dotar as equipas de cuidados de saúde primários com a integração de EEESMP aptos a intervir junto da tríade familiar, por forma a, além de contribuir na prevenção de problemas de saúde mental perinatal, satisfazer as necessidades da tríade e favorecer igualmente, por intermédio da intervenção psicoterapêutica parental, a proteção da saúde mental infantil.

### **1.2.5. Cuidado ético**

No exercício profissional, indissociável deste contexto académico, devemos guiar-nos por um sentido de agregação ético-deontológica no agir. Como tal, parece-me relevante dedicar um subcapítulo que reflita este cuidado ético na relação estabelecida com as famílias, considerando a sua experiência de participação na intervenção e as implicações éticas decorrentes.

O ensino clínico, naturalmente, foi afetado pela condição de temporalidade, o que pressupõe um limite temporal, isto é, um fim. Na primeira sessão com as famílias houve o cuidado de explicitar esta ‘limitação’, esclarecendo que tal figuraria o findar da relação; complementarmente, clarifica-se que a continuidade do processo terapêutico ficou assegurado pela manutenção de acompanhamento, e seguimento em consulta, pela enfermeira orientadora (já com relação estabelecida com as famílias), com quem se certificou a necessidade de *follow-up*.

Posto isto, é premente a necessidade de também salvaguardar os direitos da pessoa cuidada, estipulados na carta de Direitos e Deveres do Utente, nomeadamente “o direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos” (ERS, 2021) e do direito ao cuidado, referente ao artigo 83º do código deontológico do enfermeiro, “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapassar a competência” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2005). Com estas premissas, quer-se assegurar que a autoconsciência e autoconhecimento das competências e capacidades foi alvo de desenvolvimento constante por forma a

responsavelmente assegurar a passível necessidade de encaminhamento para intervenção diferenciada, com tomada de conhecimento do protocolo de referência da USF.

No que igualmente concerne ao desempenho profissional deontológico, preocupação ostentada como competência comum do enfermeiro especialista, manifestou-se a possibilidade de manter o acompanhamento à pessoa, mesmo tendo o estágio findado, segurança estabelecida via declaração de honra para com cada pessoa/família. Assim, pretendeu-se que o estabelecimento deste contrato ético surgisse como solução para a limitação temporal imposta pelo estágio.

Este assunto invoca-me ao questionamento em torno do benefício para as famílias em participar. Tendo em conta que o próprio relatório se assume com propósito académico e, por associação, também a intervenção tem o intuito de aproveitamento escolar (questões que foram esclarecidas aquando obtenção de consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito), importa refletir acerca da motivação destas famílias em participar (atendendo que as quatro famílias participantes mantiveram assiduidade contínua nas sessões). Constatou-se que o envolvimento, disponibilidade, relação de confiança e condução das observações realizadas a favor da saúde mental da tríade familiar foram sinalizados pelos pais como fatores determinantes na sua participação; adicionalmente, identificaram como subjacente à sua autorização o sentimento de contribuição altruísta a uma temática por si valorizada e a participação como oportunidade de aprendizagem.

O ‘lema’ de um “agir eticamente responsável” em enfermagem é-me familiar, até por se tratar de uma profissão que estreita laços com situações-dilema, antropológicas e existenciais. Dos que considero como instrumentos básicos da nossa profissão são precisamente os princípios que regem a nossa *praxis*; refiro-me, portanto, além das normas deontológicas, ao cuidado com o outro, compromisso profissional, estar presente e à consciência das próprias limitações. Na relação com o outro, a empatia é ponto-chave, em que o envolvimento do enfermeiro não pode nem apropriar-se do seu sofrimento, nem distanciar-se deste. Creio que este equilíbrio foi conseguido precisamente pelos alicerces do meu agir: respeito pela dignidade e autonomia do outro, pelo seu desenvolvimento, considerando as suas vulnerabilidades e as minhas (exercício facilitado pelas recorrentes oportunidades reflexivas ao longo do ensino clínico, incentivado com o apoio e supervisão do docente e orientadora).

Outra questão que pretendo focar gira em torno da ‘normalidade’ e das suas arestas – acredito que deveria ser olhada como um largo espectro cujas margens serão, fundamentalmente, as circunstâncias de cada um. As partilhas das famílias foram alvo de escrutínio e reflexão, o que se traduziu num juízo crítico e clínico essenciais para que, além de orientarem a intervenção, terem possibilitado a explanação dos resultados apresentados neste relatório. No entanto, ainda que as queixas / preocupações / diagnósticos de enfermagem possam ser ‘agrupáveis’ ou até idênticos, o respeito pela singularidade das pessoas com quem intervimos foi irrepreensivelmente assegurado, reconhecendo-lhes o direito às suas idiossincrasias, com atenção isenta de juízos de valor ou precipitações diagnósticas.

O desenvolvimento das atividades descritas anteriormente não se alicerçaram só nos artigos científicos e correntes de pensamento mais recentes mas também nos princípios há muito estipulados

para a saúde e para a investigação em saúde, nomeadamente na Carta de Ottawa<sup>1</sup> e Declaração de Helsínquia<sup>2</sup>. A Carta de Ottawa sustenta o conceito, exhaustivamente mobilizado para concretização deste estágio, de promoção da saúde como *processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar, sendo que para atingir um estado de completo bem estar, do qual se realça o mental, o indivíduo deve esta apto a identificar necessidades e a satisfazer as suas necessidades, modificando ou adaptando o meio*<sup>1</sup>. Da Declaração de Helsínquia foram retiradas várias orientações das quais se destaca a necessidade de proteger os grupos e indivíduos vulneráveis, uma vez que na tríade mãe-pai-bebé, no seu estado inaugural, pelos motivos apresentados em enquadramento teórico, se consideram os seus elementos constituintes como indivíduos de vulnerabilidade acrescida; acresce ainda o princípio de que a *investigação é apenas justificada se der resposta a prioridades e necessidades de saúde desse grupo e se a investigação não puder ser feita num grupo não-vulnerável, sendo que o grupo deve beneficiar do conhecimento, práticas ou intervenção que resultem da investigação*<sup>2</sup>, cuidado verificado pela intervenção realizada junto desta tríade, com o *feedback* dado pela mesma e já mencionado.

---

<sup>1</sup> Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde – 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, novembro de 1986. Versão traduzida disponível em: [https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta\\_de\\_Otawa\\_Nov\\_1986.pdf](https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf)

<sup>2</sup> Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial – Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Versão, outubro de 2013, traduzida disponível em: [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia\\_2013.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf)

## PARTE II: CAMINHOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

O presente relatório de estágio explicita, até ao momento, a articulação entre o projeto e o local de estágio que, conforme já referido, se operacionalizou durante segundo contexto de estágio, na comunidade. Além disso, ao longo dos estágios, em internamento e comunidade, outras atividades foram desenvolvidas que contribuirão para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP.

Assim, parece-me relevante salientar que o estágio tomou lugar, inicialmente, num serviço de internamento de crianças e jovens com problemas de saúde mental. Este terá sido um espaço catalisador ao desenvolvimento das referidas competências, fecundo em experiências que me fizeram contactar com situações de transição saúde-doença, o que possibilitou uma maior compreensão sobre o processo de ‘adoecer mental’. Consequentemente, este contacto com o ambiente de pedopsiquiatria deu sentido e robustez à inquietação pessoal acerca de um entendimento salutogénico da saúde mental perinatal, transformando-me atenta e sensível a *life events* e comportamentos menos adaptativos que possam impactar a saúde mental da tríade familiar.

Deste modo, em vista ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESMP, foram desenvolvidas atividades em ambos os estágios, hospitalar e comunitário, umas planeadas em projeto de estágio, outras inerentes às necessidades emergentes dos contextos e das pessoas cuidadas.

Considerando os contributos dos estágios e do curso de mestrado, serão enunciadas as atividades que proporcionaram o desenvolvimento das competências do EEESMP com a perspetiva de que esta evolução não se trate de um processo estanque, mas sim dependente de reflexão e trabalho contínuos, que não se findaram com a conclusão dos estágios.

O caminho percorrido resultou numa aprendizagem complexa, assim como as competências desenvolvidas e as atividades realizadas. As atividades que irei nomear pretendem demonstrar as competências desenvolvidas e em maturação, no entanto, é necessário sublinhar que existem intervenções que mobilizam mais do que uma competência. Efetivamente, apesar de um conjunto de atividades dar resposta essencialmente a determinada competência, não quer dizer que não ocorra em paralelo o desenvolvimento de outras competências, dado que estão interligadas por estreitos laços que se sobrepõem, colocando o seu desenvolvimento num decurso simultâneo.

De acordo com os descritores de Dublin para conclusão do 2º ciclo de estudos, este grau académico será atribuído a estudantes que demonstrem conhecimentos e compreensão subjacentes a um aprofundamento de conceitos que permita o desenvolvimento de novos projetos, capacidade para gerir situações não familiares relacionadas com a sua área de estudo, pensamento crítico e raciocínio clínico perante situações complexas, refletindo acerca de condicionantes ético-sociais implícitas, comunicação clara das conclusões, bem como do processo subjacente, e competências de aprendizagem autónoma (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

Tal como imposto pelos descritores de Dublin referidos, considera-se o presente relatório resultante de um processo de maturação investigativa (desenvolvido ao longo do curso de mestrado) e sustentado em conhecimento baseado em evidência científica, onde se apresentam reflexões pessoais fruto da complexidade das experiências formativas vividas. Identicamente e além das atividades que serão mencionadas, também o momento de discussão pública se perspetiva como oportunidade de consolidação das competências comunicacionais requeridas para obtenção do grau de mestre.

## **2.1. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista**

Respeitante às competências comuns do enfermeiro especialista, a OE (2019) definiu os seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De seguida, estão identificadas experiências, atitudes e comportamentos adotados que me possibilitaram intervir de forma especializada, relacionando-os com os domínios das competências comuns.

- Responsabilidade profissional, ética e legal:

- Estabelecimento de relação com a pessoa em regime de parceria de cuidados, promovendo a sua autodeterminação e colocação como agente ativo no delineamento de estratégias e metas;
- Processos de tomada de decisão conscientes, refletidos, baseados em evidência e resultantes de momentos de intervisão com equipa multidisciplinar, orientadores clínicos e professor orientador;
- Conduta profissional considerativa do nosso código deontológico, orientando a ação com respeito pela segurança e dignidade da pessoa.

- Melhoria contínua da qualidade:

- Desenvolvimento de um sentido auto e heterocrítico em relação aos cuidados prestados;
- Trabalho desenvolvido no planeamento e liderança de sessões de intervenção;
- Integração na minha prática profissional, em ambiente de cuidados intensivos oncológicos, como membro dinamizador na atualização e implementação de normas e procedimentos, de onde destaco as seguintes intervenções: construção da norma da linha arterial, formação de pares, avaliação do estado mental da pessoa, avaliação da escala de *delirium*, recurso a contenção mecânica, suporte emocional ao doente em fim de vida e família;
- Divulgação de experiência formativa no Seminário de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2023 – A Prática Especializada com apresentação do póster intitulado ‘Intervenção especializada de saúde mental na Promoção da Parentalidade: Projeto SER cuidado para SABER cuidar’ e obtenção do 2º prémio;

- Participação enquanto preletora na mesa ‘Decisões de fim de vida na UCI’ com divulgação de evidência científica e experiencial com o tema ‘Morte Programada: Gestão da equipa e família’ na VIII Reunião de Medicina Intensiva em Oncologia.
- Gestão dos cuidados:
- Com a frequência no curso de mestrado e especialidade em saúde mental, foram-me reconhecidas competências na gestão de recursos humanos e de cuidados, tendo-me sido delegadas essas funções, aquando da ausência da enfermeira gestora;
  - Participação e cooperação com as equipas multidisciplinares na identificação de necessidades e processos de tomada de decisão;
  - Capacitação na identificação da necessidade de referenciação, garantido a continuidade de cuidados, através do domínio dos seus requisitos em sistema próprio afeto aos locais de estágio.
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:
- Capacidade de autoquestionamento e autorreflexão, com investimento no desenvolvimento pessoal e profissional, que permite um estado de *awareness* face a fenómenos que possam interferir na relação e surgir como impasse terapêutico;
  - Atitude detentora de preocupação científica, consultando peritos na área e em constante atualização para uma prática baseada na evidência;
  - Domínio dos motores de busca e bases de dados científicas, que possibilitam a aquisição de conhecimento atual e de referência;
  - Postura de humildade científica, consciente das próprias limitações e, como tal, sempre disponível à aprendizagem.

## 2.2. Desenvolvimento de competências específicas do EEESMP

O curso de mestrado e os referidos estágios, essencialmente fruto das experiências gratificadas por intermédio da disponibilidade e excelência dos docentes, orientadores clínicos, profissionais, crianças e famílias que acompanharam e facilitaram o processo formativo, permitiram o desenvolvimento de terreno proliferativo das designadas competências específicas do EEESMP.

“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (...)” (OE, 2018) é a **primeira competência específica** do EEESMP, que se refere ao autoconhecimento e autoconsciência. Não parece aleatório o posicionamento desta dimensão como primária, dado que qualquer competência do âmbito psicoterapêutico advém da mobilização de pensamentos em torno do ‘eu’ em ligação aos processos de mudança e ajuda do outro. Com efeito, entendo-a como competência transversal ao desenvolvimento de qualquer outra, em virtude da relação psicoterapêutica enfermeiro-pessoa, que necessita ser pensada sistemicamente como objeto de reflexão assíduo.

O contacto, consciente, com a primeira competência específica do EEESMP surtiu com a UC de mestrado de ‘desenvolvimento pessoal e profissional’, que permitiu tocar dimensões de mudança / transformação pessoal, em modalidade formativa individual e em grupo. Destas sessões, com a recolha

dos *insights* adquiridos e sua significação, resultou o portfólio reflexivo de aprendizagens ‘Viagem em busca de Mim: Caminhos (Entre)Cruzados’, desafio que considero ter dilatado a amplitude de consciência da volatilidade do ‘ser’, fruto de circunstâncias e mutações ao longo do tempo. Creio que este *apport* terá favorecido uma compreensão mais empática quer para comigo própria, quer para com os outros, o que se tornou elementar na vivência da dimensão relacional ao longo do ensino clínico. Este terá sido, então, ponto de partida para as atividades elaboradas em contexto de estágio que julgo terem solidificado o desenvolvimento desta e de outras competências.

Em estágio, para viabilização de raciocínio clínico no âmbito de saúde mental e processo preliminar na tomada de decisão, a primeira competência terá ganhado forma, substancialmente, com a produção de reflexões, registos de interação, orientações tutoriais com docentes e orientadores clínicos e momentos de intervisão entre pares e multidisciplinar.

Esta capacidade de autodiagnóstico, isto é, de acolhimento e elaboração de *insights*, ficou latente em mim e além de a exercer num ambiente que possa ser obviamente mais germinativo desta competência (os estágios), quer pelo seu desígnio formativo, quer pela vertente (assumida) de saúde mental em que se insere, também em contexto profissional, em cuidados intensivos, demais por ser ambiente que nos faz tocar situações de confrontação com referenciais existenciais do ser humano (como, por exemplo, a morte e o processo de morrer), vejo-me integrar e desenvolver esta competência que me consciencializa da recorrente e inevitável recriação do ‘eu’, mas que melhor me equipa na mobilização relacional com o outro e a intervir em estado de *awareness in situ* e, muitas outras vezes, somente conseguido *a posteriori*.

Acredito que intervir em saúde mental estará, mais que relacionado com a habilidade exploratória do ‘terreno’ de outrem, relacionado com a busca e significação do nosso mapa interno e, assim sim, servir de ponte segura na descoberta e processo de mudança do outro.

A **segunda competência específica** do EEESMP é “assiste a pessoa (...) na otimização da saúde mental” (OE, 2018), que se traduz na avaliação das necessidades da pessoa/família em vista à proteção e promoção da saúde mental, bem como à prevenção de doença mental. Para tal, é necessário mobilizar o ‘olho clínico’ que permita uma perspetiva eclética e possibilite a tradução das observações feitas.

Por forma a desenvolver o referido ‘olho clínico’, além de competências comunicacionais, cujas considero deter *a priori*, e que foram incrementadas com as múltiplas interações experienciadas (via observação de pessoal diferenciado na área de saúde mental e vividas como interveniente terapêutico), para a devida apreciação sequente de uma análise com robustez de conhecimentos, muito contribuíram a consulta de artigos e manuais e a participação em:

- *Workshop* sobre primeira infância “Primeiros sintomas nas relações problemáticas das crianças com as figuras de vinculação” da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (SPTF) Norte, que evidenciou a abordagem multissetorial do plano de intervenção na primeira infância, com foco nos pais, criança e interação entre eles, destacando a importância de apurar a história familiar dos pais (sua infância, relação conjugal, *etc.*), despistar dificuldades na vivência da gravidez e verificar prazer na relação pais-bebé;

- Webinar “*Emerging from Trauma: Teaching Meditation to Children*”, que contou com a comunicação da Dra. Tamara Salmen (pediatra comportamental e do desenvolvimento e presidente da Sociedade Venezuelana de Pediatria) acerca dos mecanismos de resposta ao *stress*, aos outcomes em saúde mental associados a eventos adversos vividos precocemente e a sua experiência com o uso da meditação em crianças com ansiedade, hiperatividade, comportamento de oposição, perturbação do espectro do autismo (PEA), dificuldade na regulação da raiva, entre outros problemas;

- VII Jornadas da USF do Parque com a temática “Saúde Mental ao longo do ciclo de vida”, que salientou a saúde mental perinatal como realidade emergente nos cuidados de saúde primários;

- Seminário de Enfermagem de Saúde Mental “Lisboa 2023 – A prática especializada”, onde foram apresentados projetos de intervenção em saúde mental na infância e adolescência, com adultos e idosos;

- XIII Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Saúde Mental: É preciso agir!” e V Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental, dos quais destaco o curso “estratégias de promoção de saúde mental”.

Também em contexto de estágio hospitalar e na comunidade, no intuito de promover e manter a saúde mental e promover a procura de recuperação e reajustamento face ao desequilíbrio, as reuniões multidisciplinares com discussão de casos, consulta de processos / informações clínicas, interações com crianças e famílias (intervenção em crise, entrevistas de colheita de dados, sessões monofamiliares de intervenção, atividades terapêuticas em grupo) e análise conjunta das interações (em momentos de passagem de turno, intervisão multidisciplinar, reuniões com docente e orientadores), deram resposta à segunda competência.

Neste encadeamento, “ajuda a pessoa (...) a recuperar a saúde mental (...)” (OE, 2018), que está relacionado com o diagnóstico de problemas de saúde mental e planeamento e implementação do plano terapêutico, surge como **terceira competência específica**.

A apreciação global das necessidades em saúde mental, proporcionada pelas atividades supramencionadas, clarifica o espaço de intervenção que, em negociação com a pessoa, criança e/ou família, edifica o plano terapêutico. Em associação às referidas atividades, a co-participação no planeamento, reformulação e implementação de planos terapêuticos das crianças que a orientadora agregava enquanto enfermeira de referência (em contexto de estágio hospitalar), colaboração nas consultas de enfermagem de saúde mental a mulheres em período perinatal (na comunidade) e mobilização do conceito de parceria de cuidados (estabelecimento de objetivos e metas com os pais aquando concretização do projeto de estágio na comunidade), favoreceram o desenvolvimento desta competência.

Referente à **quarta competência específica** do EEESMP, isto é, “presta cuidados psicoterapêuticos (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018), considero que o desempenho em ambos os estágios, na sua globalidade, através da observação, planificação e dinamização de intervenções, permitiu o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas no ensino, aconselhamento e *empowerment* da pessoa. Julgo ainda que a autenticidade e transparência na relação

com o outro foram elementos presentes e determinantes na adesão e participação da pessoa no processo de tomada de decisão face ao seu plano terapêutico.

A preparação e organização de intervenções vê-se essencial na prática de técnicas psicoterapêuticas, no entanto, creio que muitas necessidades surgem do ‘aqui e agora’ e carecem de uma intervenção espontânea não estruturada, o que implica que, como instrumento terapêutico, saibamos estar ‘à mercê’ das necessidades da pessoa que vão surgindo no desenrolar da exploração da relação terapêutica.

Como atividades estruturadas que corroboram a quarta competência, saliento a participação e dinamização de sessões em grupo com crianças com problemas de saúde mental, sessões escolares de promoção de saúde mental e de sessões monofamiliares de promoção da parentalidade; por sua vez, as ocorrências inesperadas destas atividades planeadas, intervenções em crise, interações duais não programadas, mediação de visitas familiares em internamento e visita domiciliária à pessoa com doença mental compõem as principais atividades espontâneas com potencial psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

Preliminarmente ao relato / descrição das atividades desenvolvidas em ensino clínico em meio hospitalar e comunidade, reitero a ideia da simultaneidade de desenvolvimento das competências que resultou numa evolução cíclica e de interdependência entre estas. Efetivamente, vejo-me hoje integrar as descritas competências, que se transladam em, mais do que saber ‘estar’, saber ‘ser’ na relação com o outro.

### **2.2.1. Atividades desenvolvidas em contexto hospitalar**

O primeiro estágio, conforme já referido, desenrolou-se em contexto hospitalar, num serviço de internamento de psiquiatria destinado a crianças e jovens com idades entre 6 e 18 anos. Estruturalmente o serviço é constituído por quartos individuais e partilhados, sala de isolamento para intervenção especializada em crise, refeitório, gabinetes de trabalho e de consulta, casas de banho, sendo que uma das quais se destina a utilização individual sob vigilância permanente, salas multimédia com desígnio lúdico e ginásio, onde são aplicadas sessões terapêuticas em grupo e local onde acontecem as visitas familiares. Este serviço dispõe de um método de trabalho com atribuição de enfermeiro de referência, em que cada criança dispõe de um contrato / plano terapêutico individual, que incorpora a sistematização de sessões diárias de grupos psicoterapêuticos dinamizados por EEESMP, por via de expressão dramática, dança e movimento, terapia pela arte, culinária, psicoeducação, cineterapia, autocuidado e relaxamento, balanço semanal em pequenos grupos e reuniões multidisciplinares diárias para discussão de casos.

Deparar-me perante uma população jovem a debater-se com problemas de saúde mental assumiu uma realidade com a qual, até então, nunca teria contactado, transcendendo a minha experiência pessoal e profissional. Neste sentido, a assimilação deste cenário terá sido extremamente desafiante, o que motivou os esforços de expansão de (auto)conhecimento. Para tal, e tocante a uma dimensão mais afeta

à primeira competência específica do EEESMP, foram realizadas as seguintes **reflexões** (formais) em estágio hospitalar, segundo a ordem cronológica apresentada:

- ‘Primeiras (im)pressões’ – esta reflexão surge da primeira semana de estágio, confrontada com a dificuldade do que seria a (re)conciliação de tempo pessoal, profissional e acadêmico. Desta, surge o *insight* em torno da importância do reconhecimento das nossas limitações, para poder intervir efetivamente, e acerca de uma postura disponível e algo *naive*, isto é, um olhar ‘benigno’ sobre as pessoas, acreditando nas suas competências, o qual considero valorizar a relação terapêutica;

- ‘Espelho de vulnerabilidades’ – desta está subjacente a exposição das minhas tendências contratransferenciais face à instrumentação do ‘eu’ na relação terapêutica com os jovens;

- ‘O mundo em que vivemos’ – reflexão acerca dos ‘ganhos’ mútuos obtidos na relação psicoterapêutica (conceito de reciprocidade) e analogia com a designação contemporânea de ‘igualdade’;

- ‘Jornal de aprendiz’ – autoscopia referente à dinamização de uma atividade terapêutica e análise das exigências vividas ao longo do ensino clínico;

- ‘Embaraços terapêuticos’ – descrição e significação da vivência de um fenómeno transferencial.

Por forma a perceber a sintomatologia que motivou os internamentos, a **consulta de processos clínicos** mostrou-se necessária na identificação, não só dos problemas de saúde mental prevalentes na realidade do ensino clínico, nomeadamente, perturbação do comportamento alimentar (PCA), PEA, comportamento autolesivo (CAL), sintomatologia psicótica, ingestão medicamentosa voluntária (IMV), humor deprimido, tentativa de fenestração, ideação suicida (IS) e auto/heteroagressividade, bem como de *life events* no desenvolvimento e história familiar da criança preditores de respostas menos adaptativas e potencialmente patológicas. Também a informação obtida das **passagens de turno e planos terapêuticos individuais**, em que inicialmente me envolvi como agente espectador de escuta ativa, de forma a absorver os *apports* e experiência dos colegas, mas que rapidamente assumi de forma dinâmica, como elemento integrante da equipa, permitiu indagar as diferentes apresentações que estes problemas podem assumir, sensibilizando e direcionando as intervenções (farmacológicas e não farmacológicas) com potencial para *outcomes* positivos. Tendo em conta o explicitado, os referidos contributos possibilitaram a conciliação da segunda e terceira competências específicas do EEESMP.

Neste ensino clínico, surgiu a oportunidade de integrar na experiência formativa o **contacto com a urgência de pedopsiquiatria**, o que tornou expressivo o percurso da criança e família ao dar entrada na urgência e transferência, se aplicável, para o internamento. Desta experiência, ocorreu uma situação em contexto de admissão na urgência de uma jovem com IS + CAL e sintomatologia psicótica, acompanhada pela mãe, com necessidade de intervenção especializada sob contenção ambiental e vigilância permanente. Sob orientação da EEESMP que me acompanhou em estágio, importando referir que a intervenção passou pela administração de terapêutica medicamentosa ansiolítica e antipsicótica, realizei entrevista inicial a jovem e mãe, avaliação do risco clínico (risco suicidário, auto/heteroagressividade, comportamentos aditivos, *etc.*) e articulação com pedopsiquiatra de chamada, serviços para MCDT (despiste de etiologia orgânica associada) e internamento de pedopsiquiatria. Tal

momento permitiu desenvolver competências de apreciação diagnóstica em saúde mental, gestão medicamentosa, gestão de emergências psiquiátricas e encaminhamento para ajuda diferenciada, incorporadas, principalmente, na terceira e quarta competências específicas do EEESMP.

Nesta tipologia de contexto é importante promover e avaliar o autocuidado e é neste sentido que os **cuidados de higiene** assumem uma intervenção preponderante no plano terapêutico dos jovens. Assisti e supervisionei o banho dos jovens várias vezes, aproveitando este momento como intervenção psicoterapêutica, direcionando-a à promoção da autoimagem e autoestima, em particular, perante jovens com CAL e/ou PCA (ativa ou historial), ou, no caso de jovens com deficiência intelectual e/ou PEA, à estimulação funcional e cognitiva, configurando-se assim como atividade contributiva do desenvolvimento da quarta competência.

Como elementos maioritariamente do âmbito da primeira, terceira e quarta competências específicas do EEESMP, relevo a **intervenção em crise** e os **momentos de interação dual** com jovens para suporte emocional. O *setting* terapêutico para a realização destas atividades tomou lugar em gabinetes de trabalho/consultório ou em sala de isolamento.

Estas atividades foram cruciais para o exercício de reflexão na, e sobre, a ação, isto é, dilataram o *awareness* para as reações, comportamentos e emoções adotados no ‘aqui e agora’ aquando exploração da relação terapêutica e tomada de consciência em autoscopia posterior, que potencia o autoconhecimento de fatores que possam interferir (positiva ou negativamente) na relação. Consequente e simultaneamente, a recorrência destes contactos tem implicações na prestação futura por se assumirem como veículo para encontrar novas e melhores formas de agir junto da pessoa e família.

A intervenção em crise define-se como o aconselhamento *in situ* no intuito de ajudar o cliente perante um acontecimento crítico perturbador no restabelecimento do seu estado funcional pré-crise (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018). Esta intervenção salvaguarda a sua necessária continuidade para desenvolvimento efetivo de mecanismos de *coping* adaptativos; a OE, combinando o modelo de intervenção em crise dos sete estádios de Roberts e Ottens com a terapia interpessoal de Stuart, estabelece a avaliação global (bem como da perigosidade da situação), relação terapêutica em *setting* apropriado, exploração de fatores desencadeantes, incentivo à evocação de sentimentos e emoções, exploração de novas alternativas de *coping* e planeamento de sessões de acompanhamento como passos procedimentais da intervenção (OE, 2023).

Como intervenções em crise desenvolvidas, salientarei as mais evidentes e os seus aspetos mais relevantes. Uma das quais corresponde a situação vivida com um jovem que, impulsivamente, reage à advertência de um dos EEESMP aquando atividade terapêutica (AT) com comportamento agressivo, manifestado por discurso hostil, coprolália e heteroagressividade dirigida a objetos; a intervenção primária implicou contenção física e ambiental; posteriormente, quando viável o diálogo e após aplicação de técnica de respiração, foi prestado apoio emocional no sentido de potenciar o *insight* do jovem quanto ao comportamento adotado e aconselhamento de outras escolhas comportamentais com resultados mais favoráveis para si próprio e integrantes do seu plano terapêutico; com a concordância do jovem, recorreu-se à administração de adjuvante terapêutico medicamentoso e permaneceu por um

período, a seu pedido, em repouso na sala de isolamento sob vigilância. Outra situação surgiu de uma percepção súbita ao detetar suspeito o comportamento de uma ida ao WC de uma jovem; com recurso a técnicas comunicacionais, foi obtido o consentimento para abrir a porta da casa-de-banho, momento em que constatei a concretização de CAL na face anterior de um dos antebraços; em momento individual, verbaliza frustração em torno da mediação dos profissionais relativamente à sua proximidade com um dos jovens internados que, no desenrolar da interação, mais estaria relacionada com conflito com a sua mãe, pela percepção de postura pouco empática da mãe relativamente ao seu sofrimento mental; deste momento ficou perceptível a necessidade de intervir em vista à reparação relacional da jovem com a mãe.

Com efeito e tendo em conta o supramencionado, a intervenção realizada suportou-se nos princípios da intervenção em crise, assegurando a sua continuidade pela sinalização do evento ao corpo clínico responsável e devida documentação.

As **reuniões multidisciplinares** no serviço acontecem diariamente, no período inicial da manhã. Estas funcionam em registo de simpósio em que diferentes profissionais de saúde se articulam, designadamente, pedopsiquiatras, psicólogos, psicomotricistas e EEESMP, para debater e propor abordagens terapêuticas e discutir história, situação e evolução clínicas das crianças internadas. A oportunidade de aprendizagem estimulada com a participação em algumas destas reuniões fomentou uma capacidade avaliativa e integrativa em torno da história de vida e marcos de desenvolvimento que conduziram à situação atual da criança, estabelecendo-se um *continuum* (crono)lógico. Esta compreensão multidimensional é igualmente notória face à intervenção da equipa multidisciplinar com acoplagem de estratégias no projeto terapêutico e processo de reabilitação psicossocial das crianças.

Desta forma, atendendo à primeira competência específica, a participação nestas reuniões permite constatar as arestas profissionais que devem reger a nossa ação como intervenientes no processo terapêutico da pessoa. Conjuntamente, deu visibilidade à segunda e terceira competências específicas pelos motivos referidos em parágrafo anterior.

Como intervenções de cariz psicoterapêutico/psicoeducacional/socioterapêutico e, portanto, ligadas à quarta competência específica do EEESMP, friso a administração de terapêutica medicamentosa, dinamização de AT de psicoeducação, balanço semanal e mediação das visitas familiares.

A **administração de terapêutica medicamentosa** é realizada em gabinete, de forma individualizada a cada criança, cuja toma é supervisionada e voluntária. Foi realizada observação da metodologia usada pela equipa especializada em ESMP na implementação desta intervenção e, posteriormente, por mim executada. Este é um momento que preconiza o uso de técnicas educacionais para facilitar a adesão terapêutica voluntária, com exposição informativa acerca dos psicofármacos, tempo para esclarecimento de dúvidas e explanação de emoções e efeitos colaterais por parte do jovem.

Como **AT de psicoeducação** são realizadas sessões semanais em grupo terapêutico, cujos critérios de elegibilidade preconizam somente que a criança esteja internada no serviço, participação voluntária e condições de segurança, coordenadas por EEESMP, acerca de temáticas predefinidas. Os objetivos destes grupos psicoterapêuticos passam por definição e esclarecimento de conceitos, melhoria da literacia em saúde mental e identificação de fatores de risco e de estratégias protetoras. Uma das

sessões de psicoeducação mais interessantes em que participei foi subjacente à temática ‘Emoções & Sentimentos’; esta sessão não teria sido programada ou estruturada por mim, tendo-a integrado no intuito observacional; fruto do acaso, por falha informática, o método expositivo pensado para a sessão (com recurso a *slides*) sofreu alteração e careceu de improviso; desta situação, surgiu a necessidade de me mobilizar com postura mais ativa e assumir papel dinamizador; como dinâmica de conclusão, propus a concretização de desenho que espelhasse os sentimentos atuais mais predominantes e posterior partilha em grupo. Importa realçar que todas as atividades em grupo prevêm a necessidade emergente de intervir individualmente com as crianças, motivo pelo qual estão presentes dois intervenientes terapêuticos (dinamizador e co-mediador terapêuticos).

O **balanço semanal**, como o próprio nome o indica, trata-se de uma reunião semanal com as crianças internadas, distribuídas em pequenos grupos terapêuticos, onde são desafiadas, sob gestão de interveniente terapêutico especializado em ESM (psicomotricista ou EEESMP), a analisar as ocorrências da semana com recurso a introspeção.

Neste sentido, dinamizei duas destas atividades, que intitulei ‘A minha Pilha Recarregável’ e ‘Partida... Cartada... Fugida!’, das quais o principal objetivo seria a identificação e expressão de emoções e internalização do *locus* de controle: na primeira, recorreu-se a mediador expressivo de uma bateria com ambos os pólos (positivo e negativo) para pensar a semana e os acontecimentos impactantes, subsequentemente, considerar o nível de bateria atual autopercecionado em desenho, depois, idealizar e projetar a próxima ‘bateria semanal’ e, por fim, conclusão da atividade com partilha em grupo; a última, concretizou-se com recurso a cartas do jogo *DiXit* com escolha de duas cartas para simbolizar o decurso da semana, outras duas para ilustrar objetivos da próxima semana e partilha em grupo com elaboração das seleções.

Também a **mediação das visitas familiares** assume papel central na intervenção do EEESMP com as crianças. Estes momentos acontecem no ginásio, por se tratar de um espaço de maior dimensão, com visitas a decorrer em simultâneo. A intervenção perante esta atividade é, essencialmente, de carácter observacional e de registo das interações familiares, ou seja, a necessidade de intervir enquanto agente ativo acontece apenas em situações de maior angústia ou caso necessário introduzir mediador de comunicação. Como exemplos experienciados, referencio a utilização do jogo como mediador da interação em situação de aparente empobrecimento da relação pai/filha e contenção ambiental (para gabinete) perante conflito familiar, com posterior recurso a técnica de inversão de papéis para reparação relacional. Realço também o contributo das observações do EEESMP neste contexto para o plano de reabilitação psicossocial da criança, que ficou ilustrado com a vivência de uma postura hostil e desacreditada do profissionalismo da equipa por parte da mãe de um jovem, denotando-se ambivalência relativamente ao internamento do filho; além do acolhimento das suas emoções e elaboração das inquietações hetero e autodirecionadas, ficou manifesta a necessidade de intervenção familiar diferenciada.

Como intervenções estruturadas em grupos psicoterapêuticos, as já mencionadas **atividades terapêuticas** desempenharam papel fundamental no desenvolvimento de competências, quer pela

participação enquanto interveniente co-mediador, quer como dinamizador. Relevante esclarecer que todas as AT integradas ao longo do estágio foram alvo de análise e registadas as reações de cada participante com respetiva documentação em programa de gestão de cuidados. As AT desenrolam-se em três etapas, dinâmica inicial de introdução à temática implicada, operacionalização da atividade e conclusão com partilha em grupo, e pressupõem que seja realizado reforço positivo à sinceridade na partilha e participação, investida ou não, das crianças. Como adjuvantes do processo de desenvolvimento formativo, atribuo-lhes grande riqueza experiencial por terem sido ponte de lançamento na totalidade das competências específicas do EEESMP. Ao longo do estágio, várias foram as oportunidades de participar nas diferentes AT de expressão dramática, dança e movimento, terapia pela arte, culinária, psicoeducação, cineterapia, autocuidado e relaxamento. Deixo nota da experiência enquanto co-mediador terapêutico nas AT de: dança e movimento com o tema ‘Acreditar’, sublinhando a reatividade ao estímulo físico (toque ou com mediador), dinâmica de interação grupal e movimentos observados como aspetos mais relevantes; culinária com confeção de um bolo, cujo elemento mais interessante se trata do relacionamento dos jovens com os alimentos e estimulação sensorial através da manipulação destes; cineterapia com a visualização de “*Little Miss Sunshine*”, “Encanto”, “Uma Vontade Cega” e “*Soul Surfer*”, com identificação das crianças acerca das temáticas abordadas e partilha / discussão de como estas se relacionam consigo, particularizando como esta técnica é efetiva no potenciar de *insights*; relaxamento, relevando os exercícios iniciais de relaxamento muscular e treino respiratório e o uso da técnica de relaxamento por imaginação guiada; e expressão dramática, acentuando o aquecimento específico e recurso a sociometria, solilóquio e estátua como técnicas sociodramáticas. A técnica de mediação artístico-expressiva refere-se então ao uso intencional destes mediadores com recurso ao processo criativo enquanto facilitador da reflexão e autoconhecimento e as sessões deverão englobar os passos sequencias: foco – invocação ao ‘aqui e agora’, evocação de pensamentos/emoções/sentimentos e temática da sessão, aquecimento – exercício inicial de preparação, desenvolvimento – realização da atividade com recurso ao mediador selecionado e encerramento (OE, 2023). Neste sentido, aquando integração no estágio, foi-nos aconselhado a exploração de uma das AT e, face à sugestão da equipa de coordenação do serviço e por preferência, preparei e dinamizei as seguintes AT de terapia pela arte:

- ‘Brasão de Família’, com dinâmica inicial de reminiscência à primeira infância e pintura ilustrativa desta época e posterior construção do brasão com recurso a corte e colagem. Finalização com partilha e apresentação dos brasões;

- ‘Querido Futuro Eu’, exercício de expressão escrita, com dinâmica inicial de nomeação de três palavras descritivas, respetivamente, do ‘passado’, ‘presente’ e ‘futuro’ e sequente produção de uma carta para o ‘eu’ projetado no futuro de 10 anos;

- ‘Direitos & Deveres’, expondo-se, como dinâmica introdutória à temática, a necessidade de permanência no internamento e que, para manutenção de um ambiente seguro para todos, existem regras e princípios básicos, que, na realidade, retratam a imagem da sociedade. Tendo em conta esta interpretação, é solicitada a escolha, aleatória, de um envelope que corresponderá a um direito e/ou dever e posterior partilha em grupo da significação do correspondente direito/dever e importância que assume

no internamento. Como exercício individual, sugere-se a construção de uma balança que ‘pese’ direitos e deveres considerados como mais importantes se fossem eles os responsáveis pelo serviço. A atividade culmina na elaboração em pequenos grupos (do grupo inicial) com construção de um ‘cartaz-manifesto’ com sugestões para o serviço de internamento, com recurso a aguarela, e decorrente exposição;

- ‘Motivar-Me!’, com dinâmica inicial em pequenos grupos de quatro elementos, com experiência simulada de submissão a três estímulos concorrentes e tentativa de lhes dar resposta em simultâneo (contas simples + identificação de cores + leitura de mímica gestual) como simbolismo dos múltiplos desafios da vida e impossibilidade de lhes dar resposta no imediato. Posteriormente, exercício individual de construção de um cartaz automotivacional com 5 afirmações positivas, como estratégia de busca de recursos internos. A AT terminou com reflexão final de partilha de sentimentos e afixação do cartaz em local pessoal à escolha para evocação diária das afirmações.

Como desafios sentidos enquanto formanda, estes estão relacionados com o facto de o grupo terapêutico ser grande e heterogéneo, quer a nível de idades, quer de capacidade intelectual e criativa, tornando-se difícil atender às necessidades específicas das crianças de forma individualizada, tendo em conta, igualmente, o tempo previsto para a atividade. As construções dos jovens das referidas AT não constam no relatório por serem produções pessoais, sendo que os aspetos elementares se prendem com a expressão de emoções e *insights* obtidos, quer manifestados pela sua verbalização, quer implicitamente pela seleção das cores, força exercida no delineamento dos traços e representações em desenho.

### **2.2.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário**

O contacto com a comunidade surgiu em segundo momento de estágio numa USF de modelo B que abrange a comunidade da região sul do Oeste. Possui mais de 14 000 utentes inscritos, dos quais, aproximadamente, 87% possui médico e enfermeiro de família atribuídos. O corpo profissional clínico é constituído por 8 médicos de família e 8 enfermeiros, um dos quais especialista em saúde mental. Trata-se de uma USF constituída por um edifício com receção e múltiplos gabinetes de consulta e de tratamento. Dispõe de serviços para visita domiciliária e de sistema de referência interno em parceria com um hospital central. Como metodologias de trabalho, o corpo clínico da USF integra reuniões multidisciplinares semanais para momentos de partilha e intervisão, discussão de casos, apresentação de projetos e de resultados.

Deste regime de trabalho, afeto à vertente de saúde mental e população de interesse à luz da temática do presente relatório, faz parte um projeto de promoção de saúde mental perinatal por meio de consultas destinadas à mulher, realizadas pela EEESMP, geralmente referenciadas em consultas de vigilância da gravidez e pós-parto pelo médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) ou por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). No âmbito da saúde mental, integra ainda um Grupo de Triagem e Encaminhamento para a Psiquiatria de Infância e Adolescência (GTEPIA), o projeto de saúde escolar ‘+ Contigo’ (promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na adolescência) e apoio domiciliário para reabilitação psicossocial a pessoas com doença mental.

Este ensino clínico na comunidade terá sido o ambiente onde efetivei o projeto de estágio e desenvolvi as sessões para tal planeadas, o que consumiu grande parte do tempo deste ensino clínico. Tal presença e dinamização de sessões careceu de assíduos **momentos de orientação tutorial** com docente e orientadora, potenciadores da autorreflexão e autoquestionamento, ligados à primeira competência específica. Além destas várias reflexões conjuntas, realizei a **reflexão** formal ‘(Re)Considerações’, que pondera a minha postura enquanto interveniente terapêutico nas sessões de intervenção para que o meu próprio quadro referencial, a par de conhecimentos técnicos na área de psicopatologia, não resultem em condicionamento na disponibilidade e autenticidade com o outro, afetando a qualidade relacional com o cliente.

O enfermeiro de família é aquele que, em ligação à equipa multidisciplinar, presta cuidados gerais e específicos à família em todos os estádios de vida (OE, 2014). Esta metodologia permite que intervenha em diferentes áreas do saber, nomeadamente, no planeamento familiar, saúde materna, infante-juvenil, do adulto e idoso e, por isso, a **participação nas consultas** da EEESMP, possibilitou um vasto leque de oportunidades de aprendizagem e intervenção, neste caso, em saúde mental, oferecendo a conceção de contiguidade do acompanhamento ao longo do ciclo de vida da pessoa. As subjacentes contribuições deram resposta à segunda e terceira competências, na medida em que propiciaram a avaliação sistematizada de necessidades, fatores protetores e de risco nas diferentes etapas de vida (sistema interno de avaliação de risco da mulher, criança, familiar, e adulto / idoso), estabelecimento de diagnósticos de saúde mental e planeamento de intervenções, em sistema de informação designado, e avaliação dos cuidados de enfermagem segundo indicadores próprios (concretamente, percentagem de clientes diagnosticados com problemas de saúde mental, de clientes sob intervenções de saúde mental e de clientes com melhoria após intervenção ou resolução do problema identificado).

Semanalmente, organizam-se **reuniões multidisciplinares** com equipa médica e equipa de enfermagem. Neste espaço, é valorizada a partilha de saberes com apresentação de conhecimentos adquiridos em formações externas, discussão de casos para intervisão e eventual referenciação para áreas diferenciadas entre equipa, gestão de recursos humanos e organizacional (com exposição de necessidades, dificuldades ou preocupações da equipa profissional) e apresentação de projetos de inovação e de resultados de projetos em vigor. Em adição a estes aportes, facilitadores do pensamento crítico e articulação entre profissionais, preconizados pela terceira competência específica, a apresentação do projeto de estágio à equipa da USF foi realizada neste cenário, em etapa preliminar à aplicação do mesmo.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil estabelece como prioritária a adoção de estratégias para deteção e intervenção precoces de situações com potencial psicopatológico (DGS, 2013). Em vista disso, a USF, em parceria com hospital central, enquadra o GTEPIA, constituído por Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), EEESMP, técnica superior de serviço social e psicóloga. A inclusão das **reuniões do GTEPIA** como atividade formativa, de periodicidade geralmente semanal, permitiu o entendimento acerca do processo de deteção e

sinalização (internamente, em consultas de planejamento familiar, saúde materna e/ou saúde infanto-juvenil, ou por via da comunidade escolar) de crianças ou adolescentes com problemas de saúde mental, e/ou em risco, e mobilização de recursos apropriados à situação, como referência a áreas de especialidade (destaque-se pedopsiquiatria), acompanhamento familiar ou outro tipo de intervenção preventiva ou de tratamento. A análise holista da criança e sistemas relevantes, como componente-chave destas reuniões, vai ao encontro, essencialmente, da segunda competência específica do EEESMP. As atividades inerentes consistem na discussão de casos entre o grupo multiprofissional, apurando o motivo de sinalização para serviços de apoio, articulação com as escolas para pedidos de *feedback* escolar, avaliação de dificuldades de relacionamento das crianças/jovens com os pares, verificação de acompanhamento adicional da criança (*ex.*: terapia da fala, psicologia), avaliação de competências parentais / necessidade de apoio à parentalidade e ponderação da tipologia de acompanhamento (clínico ou não) adequado à situação. Deste modo, funciona como elo de ligação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Centro de Responsabilidade Integrado (CRI), intervenção precoce, consultas de pedopsiquiatria e de desenvolvimento.

Como intervenção de promoção de saúde mental perinatal, assente num modelo preventivo e de fácil acessibilidade à comunidade, a USF implementou um projeto que consiste em consulta de enfermagem pela EEESMP destinada à mulher no período perinatal identificada (em consultas de vigilância) como requerente de acompanhamento na área da saúde mental. A realização destas consultas preconiza a avaliação de fatores de risco, rastreio de depressão perinatal com aplicação das escalas *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)-24* e *PDSS-21*, definição de problemas/diagnósticos de saúde mental e implementação de plano individual terapêutico. A colaboração nestas **consultas de saúde mental perinatal com a mulher** facilitou a articulação da terceira e quarta competências específicas, com observação e aplicação de intervenções como aconselhamento, apoio emocional, psicoeducação, modificação de comportamento e comportamento assertivo.

Em parceria com a segurança social, a USF dispõe de equipa multidisciplinar de apoio domiciliário para reabilitação psicossocial, da qual, naturalmente, o EEESMP faz parte. A realização de **visitas domiciliárias a pessoas com perturbação mental** favoreceu, essencialmente, o desenvolvimento da terceira e quarta competências específicas, com campo de ação em torno de melhorar ou manter a funcionalidade da pessoa, integrada no seu meio social. Relembrando um dos casos em particular, os focos de atenção desta visita centraram-se na avaliação da adesão ao regime terapêutico, análise da rede de suporte informal (família), psicoeducação e apreciação da necessidade de encaminhamento por agudização da sintomatologia (revisão terapêutica).

O **Projeto + Contigo** é um projeto de aplicação escolar, cujas sessões se centram na promoção do desenvolvimento de competências sociais, autoconceito, capacidade de resolução de problemas, comunicação assertiva, expressão de emoções, deteção precoce de sofrimento mental e referência, assumindo-se como projeto de promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na adolescência. Em estágio, teve hipótese de colaborar na etapa de intervenção com os adolescentes. Esta operacionaliza-se em cinco sessões em grupo, de cerca de 45 minutos, com turmas de alunos do 3º

ciclo, em sala de aula, com os temas: estigma da doença mental e adolescência, autoestima, resolução de problemas e bem-estar. Destas, participei na sessão 2, relativa à autoestima, e sessão 3, referente a resolução de problemas, após preparação prévia. Na temática de autoestima, a agilização da sessão tem por base a coesão de grupo e envolve jogo de identificações grupais com conceitos adjacentes à autoestima (bem-estar consigo mesmo vs mau-estar consigo mesmo; felizes vs tristes; confiante vs inseguro), com partilha das motivações para as identificações realizadas e facilitação de estratégias promotoras da autoestima. Na sessão 3, incidente sobre a capacidade de resolução de problemas, recorre-se ao jogo das 4 fases (“eu vejo...”, “eu imagino...”, “eu sinto...” e “eu quero...”) como estratégia e modelo de resolução de problemas, com situações-exemplo identificadas pelo grupo de adolescentes como problemas. Ambas as sessões detêm uma componente expositiva com apresentação de slides em torno das temáticas, mas com metodologia combinada interrogativo-interativa e psicoeducacional muito presente. A dinamização destas sessões implicou a mobilização da quarta competência específica pela sua vertente socioterapêutica, psicoeducacional e psicoterapêutica na intervenção em grupo.

A intervenção psicoterapêutica de enfermagem, regulamentada pela OE em 2011, pressupõe a experiência interpessoal recíproca do desenvolvimento de relação de ajuda e confiança entre EEESMP e cliente(s) em regime de parceria de cuidados, que visa a reconstrução de significados em torno de dificuldades/problemas coidentificados; adicionalmente, assenta no princípio de intencionalidade, devendo ser estruturada e sequencial, baseando-se em um ou mais referenciais teóricos psicoterapêuticos (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2016). Como tal, a dinamização das **sessões monofamiliares de intervenção** de promoção da parentalidade, previstas no projeto de estágio, foram extremamente educativas enquanto experiência formativa em saúde mental, facultando a exploração e capacitação das competências específicas do EEESMP. Dado que a instrumentação do ‘eu’ nestas sessões terá sido a competência mais desenvolvida, tomo nota que houve necessidade diligente, sem prejuízo dos registos de interação das sessões e numerosos momentos de reflexão conjunta com docente e orientadora clínica, de investimento introspetivo no exercício de autoanálise e sequente elevação da consciência quanto a elementos, sobretudo insurgentes da confrontação com experiências pessoais no contacto com os pais em PI, que pudessem resultar em projeções e decorrentes inferências contaminadas pelo meu ‘quadro’ referencial (mobilização da primeira competência). Na fase de orientação e, portanto, na primeira sessão com os pais, realizou-se a apresentação do projeto com psicoeducação em torno da saúde mental perinatal, entrevista inicial para colheita de dados, identificação de inquietações, necessidades e metas, e o estabelecimento de contrato terapêutico (mobilização da segunda e quarta competência). Nas sessões seguintes, o processo de clarificação das preocupações verbalizadas pelos pais, igualmente proveniente das manifestações implícitas do conteúdo das interações, com devolução destas observações, e as intervenções psicoterapêuticas, em consideração às necessidades aferidas e em vista dos resultados esperados, contribuiram para a mobilização da terceira e quarta competência. Desta forma, a abordagem integrativa na relação psicoterapêutica com as tríades familiares permitiu conjugar o desenvolvimento da globalidade das competências específicas do EEESMP.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face à problemática da crescente incidência de perturbações psicossociais das crianças na Europa, têm vindo a ser desenvolvidos projetos de promoção da saúde mental que preconizam a adaptação na transição para a parentalidade e desenvolvimento da criança saudáveis. Inclusivamente, a evidência tem vindo a suportar precisamente a ideia de que programas estruturados que atendam as necessidades específicas de cada família face à parentalidade, com base terapêutica essencialmente relacional, constituem propostas preventivas e de promoção da saúde mental eficazes (Puura *et al.*, 2002).

Acompanhar a corrente era de afirmação científico-tecnológica torna-se extremamente desafiante dada a velocidade com que a informação é atualmente disseminada; por este motivo, vejo fundamental a valorização de aspetos mais humanísticos, nomeadamente a qualidade das relações que estabelecemos. Transpondo esta ideia para a vivência e adaptação à PI, muitos pais estão ávidos na busca do perfeccionismo, procurando alcançar as ‘melhores práticas’, tornando muitíssimo interessante (e importante) a constatação de que não existe um guião certo ou universal a cumprir.

Em virtude do supramencionado, este relatório resulta, na verdade, da motivação que levou ao ingresso neste mestrado, após precocemente no percurso profissional ter existido o contacto com a área da psiquiatria em contexto de internamento de adultos. Assim, a preocupação acerca da necessidade de promover a saúde mental perinatal, que se fundou na perspetiva de prevenir a instalação e solidificação da doença mental na vida adulta, surgiu da oportunidade prévia de a constatar profissionalmente.

No início do mestrado, um dos aspetos mais salientes relaciona-se com a relação psicoterapêutica que, naturalmente, engloba características descritivas que, quando lecionadas, muito dificilmente serão ‘aprendidas’. Destas características, diria que a **reciprocidade** me terá surgido como mais inusitada; inicialmente, julgo não ter captado o significado deste conceito na relação de ajuda (como a conhecia). Somente na relação com o outro, no contacto mútuo, na sua partilha e tentativa da minha compreensão, se percebe a extensão da oferta que também nos é dada – descobertas que re(constroem) entendimentos.

Termino o mestrado convicta que a verdadeira gestão de competências (em saúde mental) ao lidar com pessoas prende-se na combinação de qualidades técnicas com uma postura que, em contrapartida, nos saiba distanciar de uma atitude técnica e possibilite o contacto com os nossos atributos mais humanos, de disponibilidade, empatia e escuta ativa.

Findado este percurso formativo, respeitante às competências desenvolvidas, muito embora lhes estejam associadas descritivos essencialmente técnicos, considero igualmente necessária uma (simples) naturalidade no ser e agir. Por isto, concluo que, além da possibilidade deste desenvolvimento técnico e de os objetivos propostos terem sido atingidos, da experiência do contacto com as crianças e pais com que me cruzei em contexto de ensino clínico (com quem sinto que aprendi a ser melhor profissional e pessoa), surgiu a oportunidade de ‘inscrever’ as referidas competências na minha matriz individual. Com efeito, apesar de ter existido uma planificação prévia das atividades a desenvolver em estágio, o que nos equipa perante imprevisibilidades, ressalva-se a importância do ‘aqui e agora’, salientando-se a necessária autenticidade que uma atuação no âmbito da saúde mental requer.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M., Blehar, M., Walters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Earlbaum
- Belcher, J. R., Fish, L. J. B. (1988). Hildegard E. Peplau. In George, J. B., Artmed (4<sup>a</sup>), *Teorias de Enfermagem Os Fundamentos à Prática Profissional* (pp 45-57). Porto Alegre: Artmed.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment* (2nd ed). New York: Basic Books
- Brito, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (1), 600-604.
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (7<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier
- Chick, N. & Meleis, A.I. (2010). Transitions: a nursing concern In A.I. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp 24-38). New York: Springer Publishing Company
- Coimbra de Matos, A. (2014). Saúde Mental Infantojuvenil e sociedade contemporânea. In Monteiro, P., Lidel, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp 9-13). Lisboa: Lidel
- Dahlberg, A., Salari, R., Fangstrom, K., Fabian, H., & Sarkadi, A. (2022). Successful implementation of parenting support at preschool: An evaluation of Triple P in Sweden. *PLOS ONE*, 17(4), 1-27. DOI: 10.1371/journal.pone.0265589
- Davis, H., & Tsiantis, J. (2005). Promoting Children's Mental Health: The European Early Promotion Project (EEPP). *International Journal of Mental Health Promotion*, 7(1), 4-16
- Decreto-Lei nº 118/2014. (2014). Princípios e Enquadramento da Atividade do Enfermeiro de Família. *Diário da República*, 1<sup>a</sup> série (Nº 149, 5 de agosto de 08 de 2014), 4069-407. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118\\_2014\\_EnfFamilia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnfFamilia.pdf)
- Demarzo, M. e Garcia-Campayo, J. (2017). Mindfulness aplicado à saúde. *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade*, 1(6), 9-48
- Direção Geral de Saúde (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS
- Direção Geral do Ensino Superior (2011). *O Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal – Relatório da Comissão Internacional sobre a verificação da compatibilidade cm o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*. Disponível em: [https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_ensino\\_superior\\_portugal\\_qq-ees\\_0.pdf](https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf)

- Entidade Reguladora da Saúde (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. Porto: ERS.
- Fisher, J. (2023). Perinatal mental health issues: early recognition and management in primary care. *Primary Health Care*, 33(6), 34-41
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421
- Ghosh Ipen, C.M. (2019). Wounds from the Past. In Zeanah, C.H., *Handbook of Infant Mental Health*. (4ª edição). Nova Iorque: The Guilford Press
- Gomes, J.C., Cortez, E., e Damásio, V.F. (2020). Saúde mental em todas as políticas: oito exemplos de como fazer. In C. Sequeira, & F. Sampaio, Lidel, *Enfermagem em Saúde Mental* (pp 49-56). Lisboa: Lidel
- Herdman, T.H., e Kamitsuru, S. (2017). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação, 2018-2020*. (11ª edição). Porto Alegre: Artmed
- Hockenberry, M.J., e Wilson, D. (2011). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª Edição). Loures: Lusociência
- Izett, E., Rooney, R., Prescott, S. L., Palma, M., & McDevitt, M. (2021). Prevention of mental health difficulties for children aged 0-3 years: a review. *Frontiers in Psychology*, 11. DOI: 103389/fpsyg.2020.500361
- Lapsley, D.K., & Stey, P.C. (2012). Id, Ego, and Superego. In Ramachandran, V.S., *Encyclopedia of Human Behavior Volume II* (pp 393-399). (2<sup>nd</sup> ed.). Oxford: Elsevier
- Leite, A.M., e Silva, M.L. (2019). Um estudo bibliográfico da Teoria Psicossocial de Erik Erikson: contribuições para a educação. *Debates em Educação*, 11(23), 148-168
- Li, N., Peng, J., Li, Y. (2021). Effects and Moderators of Triple P on the Social, Emotional, and Behavioral Problems of Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-14. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.709851
- Lima, I. M. P. A. (2018). *Promover a Parentalidade Positiva – O Triple P em Portugal*. In VI Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho. Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- Maia, B., Marques, M., Bos, S., Pereira, A.T., Soares, M.J., Valente, J., ..., Azevedo, M.H. (2011). Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 443-448
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. Aspen Publishers, Inc.
- Mercer, R.T. (2010), Becoming a mother versus maternal role attainment In A.I. Meleis, *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp 94-104). New York: Springer Publishing Company

- Ministério da Saúde (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M.L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. (6<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier
- O'Brien, J., Gregg, L. & Wittkowski, A. (2023). A systematic review of clinical psychological guidance for perinatal mental health. *BMC Psychiatry*, 23. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05173-1>
- Organização Mundial de Saúde e Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: OMS
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem* (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Guarda: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa: OE
- Puura, K., Davis, H., Papadopoulou, K., Tsiantis, J., Ispanovic-Radojkovic, V., Rudic, N., ...Roberts, R. (2002). The European Early Promotion Project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 606-624.
- Recomendação REC 19 (2006). Política de apoio à Parentalidade Positiva. Comité de Ministros do Conselho da Europa. *Do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os Estados-Membros sobre a Política de apoio à Parentalidade Positiva*, (nº983 de 13-12-2006), 1-8. Disponível em: <https://www.cnpdpj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomendação+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, 2<sup>a</sup> série (Nº 26 de 6-02-2019), 4744-4750
- Regulamento nº 515/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, 2<sup>a</sup> série (Nº 151 de 7-08-2018), 21427-21430
- Sampaio, F., Sequeira, C., Canut, T.L. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para a Implementação na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77-84. DOI: 10.19131/rpesm.0205
- Sampaio, F., Sequeira, C., e Lluch-Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16 (16), 11-18. DOI: 10.19131/rpesm.0152
- Sanders, M. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 506-517. DOI: 10.1037/0893-3200.22.3.506

- Schumacher, K.L. & Meleis, A.I. (2010). Transitions: a central concept in nursing In A.I. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp 38-51). New York: Springer Publishing Company
- Skovgaard, A.M., Bakermans-Kranenburg, M., Pontoppidan, M., Tjornhoj-Thomsen, T., Madsen, K.R., Voss, I., ...Ammitzball, J. (2022). The Infant Health Study - Promoting mental health and healthy weight through sensitive parenting to infants with cognitive, emotional and regulatory vulnerabilities: protocol for a stepped-wedge cluster-randomized trial and a process evaluation within municipality settings. *BMC Public Health*, 22 (194), 1-19. DOI: 10.1186/s12889-022-12551-z
- Saraiva, C., Cerejeira, J. (2018). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., e Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel
- Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J., & Patterson, G. (2005). The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions for child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Developmental Psychology*, 41, 30-41
- Swendsen, L.A., Meleis, A.I., Jonas, D. (2010), Role Supplementation for new parents – A role mastery plan In A.I. Meleis, *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp 523-531).New York: Springer Publishing Company
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. (1978). Infants' response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 1-13
- Tusl, M., Bloom, J. & Bauer, G. (2022). Sense of coherence, off-job crafting and mental well-being: A path of positive health development. *Health Promotion International*, 37, 1-11
- Winnicott, D.W. (1979). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Tavistock.
- Zeanah, C.H. (2019). *Handbook of Infant Mental Health*. (4ª edição). Nova Iorque: The Guilford Press
- Zeanah, C., Larrieu, J., Valliere, J., & Heller, S. (2020). Infant-patient assessment. In C. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., p. 222-235). New York: Guilford Press
- Zero to Three (2016). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: DC 0-5*. Washington, DC: Author