

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

MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL
CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUE PROMOVEM A
INTERAÇÃO PRECOCE NUMA UNIDADE DE
NEONATOLOGIA

Susana Lourenço Fernandes Lima

Lisboa

2016



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

MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL
CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUE PROMOVEM A
INTERAÇÃO PRECOCE NUMA UNIDADE DE
NEONATOLOGIA

Susana Lourenço Fernandes Lima

Orientador: António Jorge Soares Antunes Nabais

Lisboa
2016



“a tarefa de cuidar de bebês e de crianças pequenas é absorvente e fatigante para a mãe, mas quanto mais ela aprende sobre a natureza da criatura de que ela está cuidando, mais simples e gratificante achará sua tarefa (...) a mãe normal pode confiar na força dos seus instintos, na certeza feliz de que a ternura que sente é aquilo que seu bebê deseja”

Bowlby (1981, p. 18)

AGRADECIMENTOS

Ao professor António Nabais, pela orientação, respeitando e favorecendo a minha autonomia, sentido crítico, e incentivando-me a ir mais além neste percurso académico, pessoal e profissional;

À enfermeira Maria João Nascimento, orientadora na UPI, por me apoiar a diversos níveis, sempre atenta, numa comunhão perfeita entre “pés assentes na terra e espiritualidade”;

À enfermeira Andreia Santos, orientadora em contexto hospitalar, por me ajudar a aceitar as limitações decorrentes da minha inexperiência, apoiando a elevação das práticas a nível de especialista;

À minha mãe, por sempre me impor novos desafios, ensinando-me a ir sempre mais longe e nunca desistir. A valorização do que é realmente importante, e a perceção do papel individual de cada um na tapeçaria da humanidade, devo-a a ti, mamã!

Aos homens da minha vida: meu pai, cuja ausência me fez valorizar sempre a espiritualidade presente nos pequenos gestos; ao meu avô, pela oferta de um lugar especial no mundo; e meu marido, por acreditar em mim e aceitar a minha inconstância.

À minha filha, menina especial, sensível e carinhosa, que diariamente me faz refletir em quem sou. Pelas horas de ausência e pelos mimos adiados, mantendo sempre um sorriso e abraço sem censura, obrigada filha!

Às pessoas que me aceitaram, que colaboraram e confiaram nas minhas competências, dando a conhecer as suas vivências, permitindo-me Cuidar.

Aos “meus” bebés e suas famílias, a quem devo a ânsia de desenvolvimento pessoal e profissional, que me levou a embarcar nesta viagem!

A todos os que contribuíram, de modo direto ou indireto, com especial atenção à MINHA EQUIPA;

MUITO OBRIGADA!

SIGLAS E ABREVIATURAS

CARE – Cuidados de Apoio a Recém-Nascidos de Risco

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CCF – Cuidados Centrados na Família

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DNA – Ácido Desoxirribonucléico

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

NPST – Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Prematuro

RSI – Subsídio de Reinserção Social

SPT – Stress Pós-Traumático

SPTPP – Stress Pós-Traumático no Pós-Parto

UCIENP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UPI – Unidade de Primeira Infância

XXS – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro

RESUMO

Este relatório de estágio constitui-se como o culminar do percurso para obtenção do curso de mestrado em enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, subordinado ao tema: *Maternidade e Saúde Mental – Cuidados de Enfermagem que Promovem a Interação Precoce numa Unidade de Neonatologia*.

As interações precoces organizam-se em torno de dois conceitos chave: *vinculação* e *apego*, sendo que o internamento de um bebé numa unidade de neonatologia, constitui, por si, um obstáculo à relação diádica. O investimento no bem-estar materno e na promoção de uma vinculação segura constitui a base da promoção da saúde mental futura da população ao nosso cuidado.

Este trabalho foi norteado pelo objetivo geral de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Alicerçado na prática clínica na área há cerca de 9 anos, e após revisão da literatura, e consulta a peritos na área, surge a seguinte questão: Quais os sinais que predizem um processo de vinculação insegura? Existindo sinais tanto na interação diádica como no comportamento individual da mãe e seu filho, destacam-se a acentuada descontinuidade nos cuidados e o discurso materno centrado nas dificuldades. Esta questão definiu os objetivos específicos: avaliar o processo interação diádica, com despiste de sinais de alarme; identificar fatores de risco acrescido no desenvolvimento de perturbação de vinculação; e compreender o impacto do estado de saúde mental materno na autoperceção da vinculação com os filhos.

Foram realizados dois estágios – hospitalar e comunitário – com registos de interações, e estudo de caso, sendo complementados com a revisão da literatura, participação em reuniões científicas e entrevista a mães de bebés prematuros, possibilitando o desenvolvimento de um projeto de intervenções de enfermagem promotoras da interação precoce na unidade de neonatologia. Esta intervenção inicia-se com a avaliação de cada família, focando-se na capacitação para o papel parental, reconhecendo as características e competências de cada bebé para a interação, facilitando a expressão emocional das vivências, e fornecendo suporte e apoio nas dificuldades inerentes à maternidade.

Palavras-chave: interação precoce; vinculação; enfermagem de saúde mental; neonatologia.

ABSTRACT

The current training report represents the finishing line for accomplishing the Masters in Nursing, specialized in Mental Health and Psychiatric Nursing and with focus on: Maternity and Mental Health - Nursing Care that promotes the early interaction in the Neonatal Unit.

Early interactions can be organized in two key concepts: bonding and attachment, as the admission of a baby into a neonatal unit constitutes itself an obstacle to the mother-baby relation, to which we had the mother and baby own characteristics, the family situation and the surrounding environment. Investing on the mother's wellbeing and to facilitate and contribute to a healthy bonding, is of essence for the future mental health of the people under our care.

The main objective was to develop competencies as a Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist. Having to 9 years of practice, a literature review and the advice of experts in nursing, the following question arises: what are the signs that predict an unsafe bonding?

The specific objectives followed the previous question: to evaluate the dyad's interaction process, screening for signs of alarm; to identify risk factors that promote the development of an unhealthy bonding; and to understand the impact of the maternal mental health in the autoperception of bonding.

Two trainings were completed in different settings - hospital and community - involving the completion of interaction reports, a case study complemented with a literature review, participation in scientific meetings and interviews made towards mothers of premature babies.

Nursing care and intervention starts with the initial assessment of each family, focusing on parenting ability and also recognizing the babies characteristics and competencies to interact, therefore promoting support to the difficulties of maternity.

Keywords: early interaction; bonding; mental health nursing; neonatology.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	- 19 -
1. PROBLEMÁTICA	- 21 -
2. INTERAÇÕES PRECOCES	- 23 -
2.1. Parentalidade	- 23 -
2.2. Vinculação	- 25 -
2.3. Apego.....	- 27 -
2.4. Comportamentos Interativos Maternos	- 28 -
3. SAÚDE MENTAL E MATERNIDADE	- 31 -
4. MODELO CONCRETUAL	- 33 -
4.1. Mapa concetual.....	- 35 -
5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	- 37 -
5.1. Unidade da Primeira Infância (UPI).....	- 37 -
5.1.1. Observação participante nas consultas	- 39 -
5.1.2. Apresentação em reunião de orientação	- 46 -
5.1.3. Grupo de mães e bebés	- 47 -
5.2. Serviço de Psiquiatria – Unidade de Internamento de Agudos	- 54 -
5.3. Contributos adicionais	- 68 -
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	- 71 -
7. PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO PRECOCE NUMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA	- 77 -
7.1. Procedimento promoção interação precoce.....	- 77 -
8. CONCLUSÃO	- 89 -
9. BIBLIOGRAFIA.....	- 95 -

APÊNDICES

APÊNDICE I REGISTOS DE INTERAÇÃO – SEBASTIÃO

APÊNDICE II REGISTOS DE INTERAÇÃO – DUARTE

APÊNDICE III REGISTOS DE INTERAÇÃO – ALICE

APÊNDICE IV APRESENTAÇÃO: STRESS PÓS-TRAUMÁTICO NO PÓS-PARTO

APÊNDICE V REGISTO DE CONSULTA A GRÁVIDAS, NO CENTRO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL

APÊNDICE VI ESTUDO DE CASO

ANEXOS

ANEXO 1 ESCALA NPST

ANEXO 2 PROGRAMA JORNADAS DE PEDOPSIQUIATRIA

ANEXO 3 PROGRAMA DO II ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

ANEXO 4 TESTEMUNHO CASSANDRA DEGL – IMPORTÂNCIA DE UM DIÁRIO NA UCIN

ANEXO 5 VIAGEM À HOLANDA EMILY KNISLEY

ANEXO 6 PROCEDIMENTO CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO MUITO BAIXO PESO

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa conceitual _____	– 26 –
Figura 2 – Atividade “A linha da vida” 6 e 9/01/16 _____	– 55 –
Figura 3 – Atividade “Desenha a Doença” 09/12/2015 _____	– 56 –
Figura 4 – Atividade “Desenha a Doença” 11/01/2016 _____	– 56 –
Figura 5 e 6 – Atividade “O ponto” 30/12/2015 _____	– 57 –
Figura 7 – Atividade “Quem sou eu?” 12/01/2016 _____	– 58 –

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, constituindo o culminar de um percurso subordinado ao tema **Maternidade e Saúde Mental – Cuidados de Enfermagem que promovem a interação precoce numa unidade de neonatologia.**

Com a **finalidade** de desenvolvimento de competências no apoio ao papel parental, foram definidos objetivos de estágio, no âmbito de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), aos quais acresceram os objetivos concretos do projeto. Durante as intervenções operacionalizadas durante o estágio pretendeu-se, como **objetivo geral**, o desenvolvimento das competências de EESMP plasmadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Baseado no construto teórico apresentado surgiu a seguinte **questão**: Quais os sinais que predizem um processo de vinculação insegura?

Os **objetivos específicos** que nos propusemos atingir foram: Avaliar o processo interação diádica, com despiste de sinais de alarme; Identificar fatores de risco acrescido no desenvolvimento de perturbação de vinculação; Compreender o impacto do estado de saúde mental materno na autoperceção da vinculação com os filhos.

Numa abordagem positiva da saúde mental, este percurso centrou-se na promoção de interações precoces positivas, num contexto de neonatologia – que constitui o meu contexto de cuidados. Cuidar em Neonatologia pressupõe cuidar centrado no desenvolvimento e centrado na família. Para concretização dos objetivos realizei revisão da literatura de modo contínuo e complementar aos dados obtidos da prática – através de observação participante, com registos de interação, e realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo, com realização de estudo de caso. Complementei com participação em reuniões científicas e entrevistas a mães de bebés prematuros.

As interações precoces organizam-se em torno de dois conceitos chave: *vinculação* e *apego*, podendo estar ambos condicionados pelos motivos de internamento e pelo próprio internamento dos bebés na neonatologia. Nestas situações, estamos perante risco aumentado de diminuição da qualidade das

interações. Associado às características individuais do bebê, as dificuldades na interação podem conduzir a maior risco de problemas emocionais e de comportamento, maior risco de perturbações no desenvolvimento cognitivo, e diminuição das competências de relação interpessoal (Direção Geral de Saúde, 2005). Estas interações podem apresentar-se sobre a forma de círculos viciosos, pelo que a intervenção precoce, na promoção de vínculos seguros, com relações diádicas satisfatórias e securizantes, permite a prevenção de comportamentos de risco e muitas perturbações mentais na infância e vida adulta (Lebovici, 1987).

Os especialistas de saúde mental estão mais preparados para identificar as competências e desenvolvimento adequado da interação diádica, compreendendo e estando despertos para os “erros de adaptação e aos sinais de ansiedade, de insegurança e de depressão” (Brazelton & Cramer, 1989, p. 184), sendo a minha intervenção sustentada no modelo teórico de Mercer – **Consecução do papel maternal** (Tomey & Alligood, 2004).

O relatório inicia-se no primeiro capítulo com a **problemática** – onde se justifica à luz da evidência a pertinência do tema, considerando o meu contexto de prática; passando à contextualização teórica – **interações precoces e saúde mental e maternidade**; e posteriormente à apresentação do **modelo conceptual** – apresentando a concetualização teórica que suporta as intervenções. No **percurso de desenvolvimento de competências**, são descritas as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos de estágio, sendo apresentados dois momentos, coincidentes com os momentos de estágio – comunitário e hospitalar. Este percurso, suportado na evidência científica, possibilita a resposta aos objetivos propostos – **apresentação de resultados** e conseqüente desenvolvimento de proposta de intervenção para o meu contexto de prática – **promoção da interação precoce numa unidade de neonatologia**. Finaliza com conclusão, onde se incluem as considerações éticas.

1. PROBLEMÁTICA

De acordo com o disposto na atual **lei de saúde mental** (Lei nº 36/98 de 24 de Julho), no artigo 2º, respeitante à protecção e promoção da saúde mental, “a protecção de saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade”, incluindo ações nos diferentes níveis de prevenção, assim como todas as medidas que contribuam para a promoção da saúde mental.

Segundo o **Mental Health Europe**, a promoção da saúde mental constitui-se um longo processo que se inicia na gravidez, focando as competências individuais para se manter mentalmente saudável, cuja base é a qualidade da relação precoce (Comissão das Comunidades Europeias, 1999). No **Livro verde**, é preconizada a promoção da saúde mental na infância e na adolescência como o primeiro passo para a promoção da saúde mental na população (CCE, 2005).

No manual de orientação para profissionais de saúde para **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância**, é enfatizada a importância dos profissionais de saúde promoverem a saúde mental na gravidez e primeira infância (DGS, 2005), mantendo este enfoque no documento **Saúde Mental em Números** (DGS, 2013).

No **guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização**, a OE (2015), relembra a adaptação à parentalidade como processo de transição do ciclo vital, com alteração das funções (de conjugal para parental), alterações dos papéis sociais e reorganização de projetos de vida, identidade e funções, que pode constituir-se de um período de vulnerabilidade, resultante do desconhecimento face à nova situação. Por sua vez, a doença e hospitalização de um filho, como fatores causadores de dor e sofrimento, podem dificultar a adaptação à parentalidade, com crise de identidade do papel parental.

Cabe aos enfermeiros em pediatria, a responsabilidade de promover a adaptação dos pais a esta realidade, comprometendo-se na colaboração com a família na adaptação ao processo de saúde, através do “apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de

habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 11).

A intervenção precoce, com promoção de uma vinculação segura, afigura-se prioritária no meu contexto de prática de cuidados, considerando que os motivos de hospitalização dos bebés – prematuridade, malformações, doenças genéticas e doenças crónicas, assim como situações a aguardar resolução social, como os filhos de mães adolescentes, e crianças em risco de exposição a ambientes disfuncionais e/ou violência familiar – são descritos como fatores de risco associados à criança, no que concerne ao desenvolvimento de perturbações da relação precoce (DGS, 2005).

Em relação com a tríade, parece-me que a preocupação tem-se centrado na funcionalidade parental, e nem sempre na capacitação para o estado parental. A finalidade é capacitar para o papel parental¹.

Bayle (2005) alerta para o papel da família como berço das relações interpessoais, e reconhecemos o impacto da qualidade das relações familiares nas interações diádicas e no desenvolvimento seguro da criança.

O enfoque dado à mãe não pretende, de todo, negligenciar o papel do pai em todo o processo, trata-se apenas de uma opção metodológica no sentido de transpor para o nosso contexto de trabalho – onde a presença das mães é mais constante, estando num contexto de vulnerabilidade emocional por sobrecarga afetiva. Consideramos que as mães são submetidas a grande pressão para responderem eficazmente às demandas de cuidados aos filhos, sendo por vezes sobrecarregadas com estímulos, informação e indicações, sendo necessário respeitar tempos de desenvolvimento individual, história passada e expectativas, considerar sentimentos, emoções, crenças e valores.

A promoção da saúde mental materna assume, então, um peso preponderante pelo impacto que terão na saúde mental dos seus filhos.

¹ Papel parental reporta ao conjunto da função e estado parental. Função parental, assegurando os cuidados de que o bebé necessita, e estado parental que personifica o sentir-se e tornar-se pai e mãe.

2. INTERAÇÕES PRECOCES

Um bebê não pode existir sozinho; ele é uma parte essencial de uma relação (Winnicott, 1988, p.14).

Conhecendo o impacto que o estabelecimento da vinculação segura assume no desenvolvimento harmonioso, e saúde mental da criança, permanecendo os seus efeitos ao longo da vida, iremos abordar, neste capítulo, as características da interação precoce, numa tentativa de compreender os fatores que influenciam esta interação.

O bebê nasce com um conjunto de competências para a interação, constituindo-se de um mecanismo neurofisiológico programado geneticamente. Para o seu desenvolvimento necessita de estímulos sensoriais e afetivos, de alguém que esteja presente, se conecte aos seus sentimentos e proporcione um sentido às suas vivências (Brito, 2005). Considerando o elemento significativo para o bebê, será destacado o papel da mãe, não obstante o reconhecimento da possibilidade da vinculação ser protagonizada e assegurada por qualquer pessoa, sendo o fator determinante a qualidade da relação e não o elemento que a protagoniza.

2.1. Parentalidade

Segundo Bayle (2005), a parentalidade consiste num processo maturativo que conduz a uma reestruturação psicoafetiva, no sentido de permitir a dois adultos tornarem-se pais e assim responder a necessidades físicas, afetivas e psíquicas de um bebê.

A parentalidade pode distinguir-se como função – externa – e como estado – interno e individual, quase como “uma pele psíquica” (Chbani & Pérez-Sánchez, 1998; Bayle, 2005). Compõe-se de três componentes chave: comportamental, cognitivo e afetivo, considerando-se a componente emocional aquela que melhor caracteriza a natureza intrínseca da parentalidade e constitui a base da adaptação à parentalidade (Cruz, 2013).

De acordo com Canavarro & Pedrosa (2005), destacam-se quadro abordagens de referência na interpretação da adaptação à parentalidade: a teoria da vinculação – considerando a existência de um sistema de regulação

para o desenvolvimento de ligações afetivas de proximidade; a perspectiva ecológica – numa perspectiva relacional influenciada pelo contexto; a perspectiva desenvolvimentista – destacando a necessidade de resolução de tarefas; e a abordagem baseada em teorias de stress e mudança – associada ao potencial stressor das mudanças operadas a nível individual e familiar.

Reconhecendo o impacto das transições em ambos os pais, concordamos que a transição feminina para a parentalidade “envolve mudanças mais radicais (...) por mais igualitária que fosse a organização da vida do casal, o nascimento de uma criança diferencia os seus papéis” (Canavarro & Pedrosa, 2005, p. 250). A transição para a maternidade exige que a mãe se identifique e se reconcilie com a sua própria mãe e a relação precoce que estabeleceram e condiciona o reavivar dos afetos infantis, numa mudança radical de papéis (Canavarro & Pedrosa, 2005).

A maternidade é um processo único, a longo prazo, “onde a mãe se implica com a sua personalidade, a sua história de vida, o seu passado intergeracional, o romance do casal e os acontecimentos de vida” (Bayle, 2005, p. 327). Sendo esta a primeira relação que o bebé conhece, é através dela que vai estabelecer os princípios da comunicação e relações interpessoais (Stern, 1997).

Bowlby e Winnicott estiveram dedicados ao acompanhamento de crianças que estiveram num campo de concentração, após a 2ª Guerra Mundial. Em 1948 a OMS, propôs a Bowlby a realização de um relatório sobre crianças sem família. Neste relatório, publicado em 1954, encontram-se descritos os efeitos da carência dos cuidados maternos, com consequências nas relações afetivas, na capacidade de concentração intelectual, e nas reações emocionais (Bowlby, 1981). Posteriormente, com os contributos e apoio de Ainsworth e a integração da *situação estranha*, desenvolve a teoria da vinculação.

Winnicott foi, em 1956, um dos primeiros autores a abordar o envolvimento emocional da mãe com o seu bebé, defendendo que para o desenvolvimento adequado do bebé bastaria uma *mãe suficientemente boa*. Para Winnicott não se trata de uma mãe perfeita, mas sim de alguém que se reconhece os seus limites, conseguindo desenvolver uma relação de qualidade, de modo harmonioso e permanente, favorecendo um *meio facilitador* para o pleno desenvolvimento do bebé (Winnicott, 1988).

Tronick (1989) citado por Faria & Fuertes (2007) propõe o modelo de **autoregulação diádica das interações**, segundo o qual, mãe e filho possuem competências de auto-regulação do stress e de reparação da interação após momentos de disrupção.

Segundo Spitz (1979) as relações mãe-filho não são equitativas. Para o autor, a mãe apresenta-se num papel ativo e dominante. No entanto, é relevante a importância das características e competências do bebé neste processo, pois mantendo-se uma efetiva assimetria de papéis, o bebé não se apresenta como um recetor passivo.

Maccoby (1992) citado por Aguiar (2009) apresenta uma conceção de reciprocidade e de sequências interligadas dos comportamentos na interação, em que enfatiza o papel das “cognições e expectativas mútuas, aludindo a um processo de acumulação de uma história de interação mútua, em que cada parceiro adquire um conjunto de expectativa em relação ao comportamento do outro e um conjunto de formas estereotipadas de interpretar as reacções do outro” (Aguiar, 2009, p. 19). Esta perceção alerta para o efeito cumulativo das experiências, sendo condicionante de toda a interação.

Considerando a interligação e interdependência dos conceitos (George & Solomon, 1999, citados por Figueiredo, 2001), importa diferenciar vinculação – *attachement* – e apego – *bonding*.

Vinculação sendo um processo recíproco, é definida como uma “estreita relação emocional entre duas pessoas, caracterizado pelo afecto mútuo (...) e o desejo de manter a proximidade” (Martins, 2012, p. 32).

Bonding é utilizado para descrever a disponibilidade emocional da mãe, para estabelecer o vínculo com o seu bebé, iniciando-se durante a gravidez ou após o parto.

2.2. Vinculação

Vinculação é entendida como um sistema inato de comportamentos de ligação do bebé à figura do cuidador, com a finalidade de ser protegido, resultante da predisposição biológica para o desenvolvimento de laços afetivos. O objetivo da vinculação é o desenvolvimento de um sistema de segurança

interna, ao longo do seu desenvolvimento cognitivo e emocional (Bowlby, 1981, 1988).

Bowlby defende que a base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental é a vivência, por parte do bebê e criança pequena, de “uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente), na qual ambos encontrem satisfação e prazer” (Bowlby, 1981, p. 14). Acrescenta ainda que nos primeiros três anos de vida, a criança necessita de cuidados contínuos da sua mãe, sendo os períodos de separação fonte de angústia para a criança. Quando a ausência de cuidados maternos é mantida e prolongada no tempo, as repercussões na personalidade e desenvolvimento infantil poderão ser de ordem variada, sendo mais evidente nas dificuldades de relação interpessoal (Bowlby, 1981). De acordo com o autor, a associação de fatores genéticos com a vivência da vinculação, constitui a “embriologia da personalidade”, e o desafio constitui-se na compreensão clara deste processo, para prevenção da doença mental. Alerta, ainda, para a importância da satisfação e prazer que a mãe e o bebê retiram da interação. Considera que mais relevante que as horas de cuidados é a qualidade da relação. Do mesmo modo que o bebê necessita de sentir pertença relativamente à mãe, a mãe para cuidar dele, também precisa deste sentimento, sentindo orgulhosamente, o bebê como uma extensão da sua personalidade (Bowlby, 1981).

A interação precoce mãe-bebê influencia o próprio desenvolvimento cerebral, contribuindo para a modelagem de emoções, do pensamento, da aprendizagem e do comportamento ao longo da vida. As interações mutuamente compensadoras permitem que o bebê se desenvolva a diversos níveis crescendo com um sentimento de segurança interna, confiança na relação com os outros, curiosidade e desejo de explorar o mundo (DGS, 2005).

O modo como interagimos com o mundo e estabelecemos as relações, está diretamente relacionada com a vinculação estabelecida, numa fase muito precoce do desenvolvimento humano. O **estilo de vinculação**, funciona como modelo das relações, sendo um bom preditor do funcionamento interpessoal (Hazan & Shaver, 1990, citados por Alves, 2012), e podendo manter-se estável ao longo da vida, com impacto direto na saúde mental (Bowlby, 1988). A análise dos vínculos permite compreender a sua dinâmica mental, podendo ser

definidos vínculos saudáveis ou patológicos, com consequências na forma de encarar o mundo (Bowlby, 1981, 1988). Além disso, assume um caráter de transmissão intergeracional, mesmo que não seja transmitida de modo idêntico (Bayle, 2005).

Encontramos descritos processos de vinculação segura e insegura. A vinculação segura caracteriza-se por comportamentos do bebê de procura e manutenção do contacto; reação positiva à aproximação; envolvimento em interações; e capacidade de exploração a partir da base segura providenciada pelo cuidados. O cuidador, na vinculação segura, responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível, fiável e contingente; demonstra disponibilidade física e emocional, com prazer nas interações. A vinculação insegura pode ser evitante², ambivalente³ ou desorganizada⁴ (DGS, 2005).

2.3. Apego

Para o estabelecimento de uma vinculação favorável entre mãe e bebê, a mãe precisa de se encontrar apta a estabelecer esse vínculo, estando dependente de uma vivência positiva da experiência da gravidez, parto e pós-parto (Bayle, 2005; Martins, 2012).

Stern (1997) designou este processo de *constelação materna* caracterizada pela criação de um espaço na mente da mãe com uma representação progressiva do seu bebê, que, aquando o nascimento, facilita o envolvimento afetivo e a interação.

Winnicott (1988) relata a existência de uma condição temporária experienciada pela mãe, denominando-a de *Preocupação Materna Primária*. Esta caracteriza-se pela presença de uma sensibilidade exacerbada, de modo

² Vinculação insegura – evitante: o bebê não procura a proximidade ou a manutenção do contacto com a figura parental, verificando-se que quase não reage à separação do dador de cuidados, não festejando o regresso da figura parental, ignorando-o ou evitando. Por sua vez o cuidador tende a mostrar-se indisponível, não responsivo ou rejeitante (DGS, 2005).

³ Vinculação insegura – ambivalente: o bebê tem dificuldade em explorar o meio circundante, ficando perturbado ou inquieto quando separado da figura parental. Após separação pode ficar zangado, tendo dificuldade em se acalmar. O cuidador responde, tendencialmente, de modo inconsistente ou imprevisível (DGS, 2005).

⁴ Vinculação insegura – desorganizada: se perturbado ou ansioso, o bebê afasta-se do cuidador, esconde-se durante a separação, mostrando-se confuso e assustado após o reencontro. Por momentos pode mostrar-se alheado e assustado, parando subitamente. Demonstra ambivalência face ao cuidador, podendo mesmo evitá-lo. As respostas do cuidador tendem a ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas. Em situações extremas pode ser abusivo ou gravemente negligente (DGS, 2005).

temporário, para com o filho e em relação às suas necessidades desde o período da gravidez e durante os primeiros tempos de vida do bebé. Ao excluir outros interesses, permite a criação de um contexto propício à construção da identidade precoce do bebé. Esta capacidade de preocupação parental desenvolve-se durante o processo de maturação individual, demonstrando um estado emocional em que o indivíduo se responsabiliza e preocupa com o outro (Winnicott, 1988; Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco, & Pais, 2005).

O conceito *bonding* foi desenvolvido por Klaus & Kennell (1976) citados por Martins (2012), para descrever uma ligação única, específica e duradoura entre a mãe e o seu bebé, com formação privilegiada num período sensível, entre os momentos iniciais após o parto. Assim, *bonding* pode ser definido “como um processo de envolvimento emocional e afectivo, da mãe para com o seu filho, mais ou menos gradual que se estabelece e desenvolve (...) em estreita dependência da manifestação de determinadas competências por parte do bebé” (Figueiredo, 2005, p. 287). O *bonding* desenvolve-se em interação constante com o sistema de vinculação (inato do bebé), assumindo a mesma função adaptativa: proporcionar proteção e sobrevivência ao bebé (George & Solomon, 1999, citados por Martins, 2012).

De acordo com Figueiredo (2005), o *apego* materno está condicionado pela qualidade da relação conjugal; pelo estilo de vinculação vivenciado com os seus pais; contexto de parto; condições do primeiro contacto com o bebé; e características do bebé.

2.4. Comportamentos Interativos Maternos

Shonkoff & Phillips (2000) citados por Aguiar (2009) afirmam que, para assegurar este processo de interação, com o desenvolvimento de uma vinculação segura, os pais necessitam de competências pessoais para a interação construtiva com a criança; competências organizacionais na gestão da vida quotidiana; e competências de resolução de problemas. Por sua vez, o modo como os pais exercem o seu papel é fortemente influenciado pelo contexto familiar, económico e social (Magnusson & Stattin, 1998, citados por Aguiar, 2009). Assim, os processos associados à relação diádica são

bidirecionais, recíprocos e contextuais, sendo importante uma reflexão sobre todos estes fatores nos comportamentos interativos maternos.

Para Maccoby & Martin (1983), citados por Aguiar (2009) o processo interativo pais-criança, baseia-se em duas dimensões: afeto e controlo, organizando os comportamentos interativos em torno destas dimensões essenciais, com prevalência de quatro construtos: sensibilidade; responsividade; diretividade; e intrusividade (Organização Mundial de Saúde, 2004; Aguiar, 2009). Excetuando a intrusividade, que se situa num pólo extremo de um *continuum* de diretividade (com interrupções abruptas do comportamento do criança), estes construtos relacionam-se entre si, de modo multidimensional, para concetualização do modelo interativo materno, originando, pela sua complementariedade, estilos de interação distintos.

Independentemente do contexto e das características interativas a evidência aponta no sentido da existência de experiências interativas básicas para o desenvolvimento e funcionamento adaptativo de todas as crianças – apoio estável, para desenvolvimento de confiança interpessoal; responsividade, para assegurar o sentimento de autoeficácia nas ações desenvolvidas; proteção dos receios e perigos; afeto, para desenvolvimento de autoestima; oportunidades de experimentação e resolução de conflitos adaptativos; apoio no desenvolvimento de novas competências e capacidades; interação recíproca; e respeito mútuo (Shonkoff & Phillips, 2000 citados por Aguiar, 2009).

Os comportamentos interativos maternos são influenciados pelas características da criança, características de mãe e fatores externos à díade. Relativamente às características da criança, realçam-se: perfil de incapacidades da criança; temperamento; e comportamento/capacidade interativa. Por sua vez, as características da mãe – idade, educação, estatuto profissional, personalidade e saúde mental – influenciam a organização e manifestação dos comportamentos interativos maternos (Aguiar, 2009).

O clima familiar e a receção de cuidados parentais experienciados pela mãe durante a infância e adolescência influencia a sua sensibilidade, afeto e capacidade de estimulação, com evidência de um carácter de transmissão intergeracional de comportamentos interativos, no que concerne ao afeto, sensibilidade e estimulação (Belsky, Jaffee, SLighto, Woodward & Silva, 2005,

citados por Aguiar, 2009). Associado a isto, os conhecimentos, atitudes e crenças das mães relativamente à função parental, parecem ter forte relação com os comportamentos interativos maternos (Damast, 1996 citado por Aguiar, 2009).

Os comportamentos interativos maternos apresentam efeitos na criança, a nível do estabelecimento do tipo de vinculação; no desenvolvimento cognitivo; na aquisição de competências de relação interpessoal; nas respostas comportamentais; e no envolvimento relacional diádico (Aguiar, 2009).

3. SAÚDE MENTAL E MATERNIDADE

“saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade” (OMS, 2001, p.1)

A capacidade materna para oferecer boas condições de cuidados e ser acolhedora face às necessidades do filho e gerar um ambiente adequado para um bom desenvolvimento psicológico da criança, coloca como figura de fundo a saúde mental materna. Assim, o desenvolvimento das interações e da vinculação está dependente do psíquico materno, sendo fortemente influenciado pelas suas primeiras relações objetivas, incluindo os conflitos intergeracionais (Lebovici, 1987).

Saúde mental é um conceito mais amplo que a perspectiva dicotómica face à ausência de doença. Numa dimensão positiva da saúde mental, surge o conceito de dinamismo e mutação, em que o indivíduo, ao longo do ciclo vital, se vai posicionando de modo diferente, num *continuum* de saúde/doença, de acordo com os níveis de bem-estar (Sequeira & Sá, 2010).

Deste modo, mais do que considerar fatores de risco para dificuldades de adaptação à maternidade e existência de processos psicopatológicos, é importante considerar a capacidade individual de cada mulher fazer face aos desafios que a maternidade acarreta.

As experiências e recordações anteriores, assim como as vivências traumáticas não elaboradas, emergem no momento da maternidade, podendo ser reforçadas pelos comportamentos da criança – podendo condicionar e inibir as capacidades maternas e a assunção do papel maternal. Estes fatores assumem um peso mais preponderante na presença de suscetibilidade, vulnerabilidade e diminuição da resiliência por parte da mãe (Bayle, 2005).

Encontra-se descrita uma interligação entre a aceitabilidade da função materna e os sentimentos relativos à gravidez, trabalho de parto e puerpério, com as expectativas face às competências maternas. Além disso, quanto maior o suporte social da mãe, maior a sua capacidade para enfrentar as angústias decorrentes da adaptação à maternidade (Rosa, 2003).

Esta adaptação à maternidade, com influência no desenvolvimento da vinculação mãe-bebé, constitui-se de um período crítico em que a mulher se

encontra psicologicamente vulnerável (Canavarro & Pedrosa, 2005). Para responder aos desafios, torna-se essencial assegurar o **bem-estar emocional** da mulher (Rosa, 2003) sendo a **autoestima** considerada como um elemento fundamental (Lourenço, 2013), e destacando-se como influência de relevo a estrutura psicopatológica da mulher (Sá, 2004).

No desenvolvimento de um estudo com o objetivo de descrever o fenómeno da maternidade em mulheres com **doença mental**, foi identificada, como fator determinante para colmatar as dificuldades que o contexto de doença acrescia à maternidade, a autoperceção para *manter a luta*. Considerando as dificuldades acrescidas com a assunção do papel social de mãe e as limitações impostas pela doença, reconhecendo uma vivência *duplamente difícil*, a maioria das vinte mulheres estudadas, encaravam a maternidade como uma realização normalizadora para a sua vivência adulta, que as colocava em pé de igualdade com as demais. Os fatores identificados que contribuíram para a adaptação ao papel estão associados à autoperceção positiva (Soares, 2008).

A doença mental ainda se faz acompanhar de estigma e discriminação que se torna prejudicial ao bem estar da pessoa e família (Sequeira & Sá, 2010). O estigma associado à doença mental, parece exacerbar-se quando se trata da parentalidade, aumentando o *stress* e a ansiedade da recente mãe (Castle, McGrath & Kulkarni, 2003).

O impacto na família, de um progenitor com doença mental, é mediado por interações complexas que contribui para o aumento da dificuldade de adaptação ao papel parental

os pais com doenças mentais podem ficar presos num ciclo vicioso – os stressores do ambiente têm impacto no progenitor e na criança exacerbando os sintomas do primeiro e os problemas de comportamento da segunda, o que, por seu turno, contribui para as dificuldades de interação entre ambos. Estes stressores adicionais exacerbam os sintomas e podem levar à hospitalização do progenitor doente, o que pode resultar na colocação da criança em cuidados alternativos (...) podendo atrasar a recuperação e criar problemas de vinculação (Castle *et al*, 2003, p. 81).

Hearle & MacGrath (2003) constataam que a parentalidade nas pessoas com doença mental pode estar associada a dor, perda e frustração, com uma rede de apoio ineficaz e a maioria dos filhos retirados aos pais, o que conduz a relutância em recorrer a apoios comunitários. Os melhores resultados estão associados a apoios familiares e de amigos.

4. MODELO CONCEPTUAL

A compreensão do fenómeno de adaptação à maternidade, que é complexo e multideterminado, permite antecipar a possibilidade de fragilidades no processo, assim como ativar fatores protetores. Considerando todos os conceitos desenvolvidos, consideramos, à luz do defendido por Brazelton & Cramer (1989), que só é possível ajudar as crianças a otimizar o seu desenvolvimento, envolvendo e intervindo junto das figuras parentais.

A enfermagem de saúde mental centra-se nas respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, potencialmente geradores de sofrimento, alteração ou perturbação mental (OE, 2010). O investimento na promoção e proteção da saúde mental e na prevenção de perturbações mentais ao longo do ciclo vital é, então, destacado aquando de processos de transição, como a adaptação à maternidade – com reconhecimento das tarefas que a mãe encara durante a gravidez e pós-parto, com consequente impacto no *apego e vinculação*.

As intervenções foram suportadas no modelo teórico de Ramona Mercer – *Teoria de Consecução do Papel Maternal* (Tomey & Alligood, 2004). De acordo com Mercer, **consecução do papel maternal** consiste

num processo de interação e de desenvolvimento que ocorre ao longo do tempo durante o qual a mãe se liga ao seu filho, adquire competência nas tarefas de cuidados que o papel envolve e exprime o prazer e a satisfação do papel. A mudança para o estado pessoal no qual a mãe experimenta um sentido de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel é a etapa final da consecução do **papel maternal** – a identidade maternal (Tomey & Alligood, 2004, p. 525)

A teoria da consecução do papel maternal pressupõe que a mãe necessita de possuir um *self*⁵ relativamente estável, adquirido pela socialização ao longo da vida e que define o modo como integra os eventos e percebe as respostas dos filhos e dos outros ao seu desempenho do papel. Além disso, o nível de desenvolvimento materno e as características inatas da sua personalidade influenciam as suas respostas comportamentais. Por sua vez, o filho, considerado parceiro ativo no desempenho do papel materno, que afeta e

⁵ Na teoria de Mercer, *self* substitui a definição de pessoa, sendo independente dos papéis recomendados. Constitui a individualização, a personalidade única da mulher, englobando a autoestima e autoconfiança.

é afetado pela concretização do papel, irá refletir a competência da mãe no seu papel, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. O parceiro íntimo da mãe assume um papel importante e insubstituível na contribuição da consecução do papel (Tomey & Alligood, 2004).

Para Mercer, os fatores que interferem na consecução do papel maternal prendem-se com fatores maternos – idade; experiência de parto; separação da criança; *stress* social; apoio social; traços de personalidade; autoconceito; postura de educação da criança – e com fatores da criança – temperamento; aspeto; estado de saúde; reação; e capacidade para dar pistas. Estes fatores são influenciados pelo contexto familiar e social em que a díade se insere (Tomey & Alligood, 2004).

Papel constitui o modo como nos apresentamos em sociedade, interagindo de “acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, regras e normas de comportamentos esperados por terceiros” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2011), sendo o **papel parental** entendido como a internalização das expectativas familiares e sociais face à conduta apropriada ao papel de pais, exteriorizando estas expectativas através de comportamentos e valores relativos à promoção do potencial de desenvolvimento e crescimento do seu filho (CIE, 2011). Assim, o papel parental constitui-se do estado parental e função parental. Estado parental consiste em sentir-se pai e mãe, integrando as expectativas sociais do papel. Função parental constitui a face observável do papel parental, operacionalizando o estado parental, através da assunção das tarefas necessárias ao harmonioso desenvolvimento do filho.

A intervenção deve centrar-se na identificação e regulação dos fatores de risco (como, por exemplo, dificuldades temperamentais do bebé; relações conflituosas no casal; isolamento materno; e problemas socioeconómicos) e na ativação dos fatores protetores (entre os quais: suporte familiar; presença de figuras femininas de referência; rede de suporte de amigas e técnicos de saúde) (Brito, 2005).

4.1. Mapa concetual

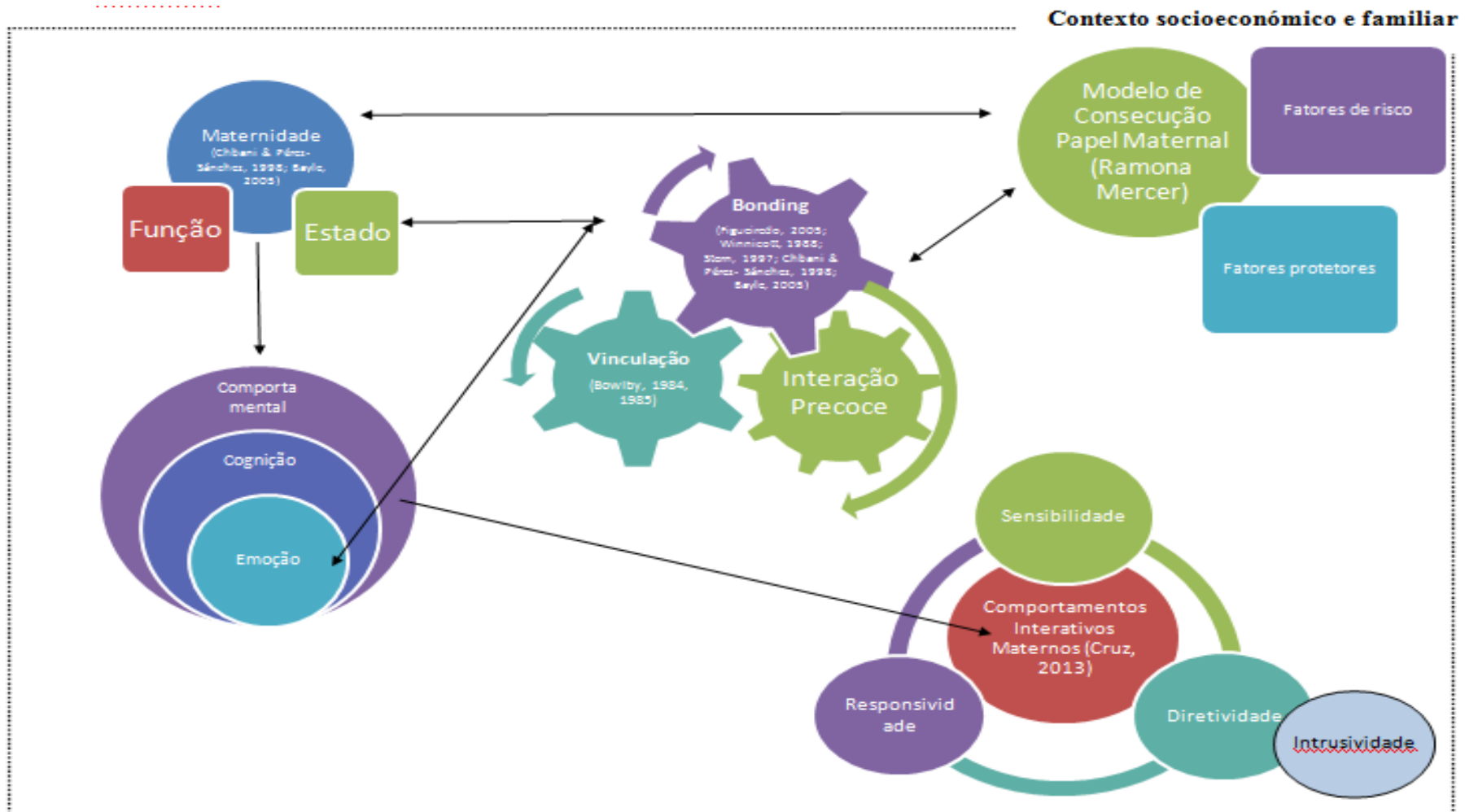


Figura 1 – Mapa Concetual

5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com a finalidade de desenvolvimento de competências no apoio ao papel parental, os objetivos de estágio centraram-se no desenvolvimento de competências de EESMP plasmadas pela OE (2010), com os contributos dos dois contextos: comunitário – Unidade da Primeira Infância – e hospitalar – Serviço de internamento de psiquiatria.

5.1. Unidade da Primeira Infância (UPI)

A UPI é um serviço comunitário especializado de saúde mental da primeira infância. A equipa da UPI presta assistência a nível diagnóstico e intervenção terapêutica através de consulta geral e consultas especializadas (consulta do bebé silencioso e consulta do bebé irritável), e também a nível da prevenção e promoção de saúde mental infantil – em articulação com serviços comunitários (como creches, jardins de infância, equipas de intervenção precoce, apoio a grávidas e grupo de mães aberto à comunidade, entre outros).

As consultas de intervenção terapêutica sustentam-se num modelo de intervenção baseado no modelo de desenvolvimento individual, baseado no relacionamento – DIR –, operacionalizado através da técnica DIR/Floortime. O modelo DIR tem como objetivo a construção de bases saudáveis para capacidades sociais, emocionais e intelectuais, não se limitando a trabalhar habilidades e comportamentos isolados.

Durante o estágio na UPI tive oportunidade de acompanhar os diversos níveis de intervenção, desde o contacto telefónico, a entrevista de acolhimento, o registo de interação, até à intervenção de âmbito psicoterapêutico/consulta.

Aquando do pedido de consulta para um bebé, a enfermeira procede ao contacto telefónico, avaliando a situação e procedendo a triagem do pedido. Em simultâneo, poderá iniciar uma intervenção de *aconselhamento*.

Deparei-me com uma realidade completamente diferente do meu contexto de prática, desde as características da intervenção, aos ritmos impostos por estas características com enfoque na vertente relacional, e uma política de “*portas abertas*”, desde o modo de acesso à consulta até aos locais de intervenção, que não está circunscrito ao espaço físico do serviço, envolvendo-

se com e envolvendo a comunidade. Esta constatação favoreceu a flexibilidade dos esquemas de pensamento, encarando-me como instrumento terapêutico.

Perante a dificuldade sentida no acompanhamento do Duarte (nome fictício), em que não se conseguia contactar com os pais e se denotou diminuição das competências interpessoais do menino, foi programada uma reunião conjunta entre os pais do Duarte, a enfermeira da UPI, a educadora, a educadora de ensino especial e a terapeuta da fala, no jardim de infância que frequenta, uma vez que o EESMP “avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares” (OE, 2010, p. 4).

O Duarte (Apêndice II) é um menino de 23 meses, com diagnóstico de uma perturbação do espectro do autismo, acompanhado na UPI desde os 12 meses, e vem à consulta acompanhado pela avó materna. Esta reunião, numa dinâmica interventiva possibilitou o contacto com os pais e os técnicos que cuidam, diariamente, da criança. Além de conjugar esforços para melhor compreender o Duarte, e adequar a intervenção dos diversos técnicos, é um momento de contacto com os pais, numa partilha de informação sobre o menino.

Durante esta reunião os pais pareceram ter dificuldade em reconhecer o impacto do comportamento do filho na interação com os outros. O reconhecimento e aceitação de que o plano terapêutico em vigor poderá não se adequar a esta família, é um fator importante e uma competência a adquirir no âmbito da relação terapêutica, ajustando a intervenção de acordo com o centro dos cuidados: criança e família. Considerando as dificuldades apresentadas em acompanhar o Duarte à UPI, pondera-se um trabalho em parceria com a escola, favorecendo o potencial de desenvolvimento do menino, demonstrando aos pais uma atitude de disponibilidade para as suas necessidades futuras, aceitando as suas escolhas.

Como adjuvantes da reflexão individual e conjunta com a enfermeira orientadora, foi importante a observação participante nas consultas, a participação nas **reuniões de interação** e **reuniões de orientação** – reuniões multidisciplinares, de periodicidade semanal, com discussão de diversos temas,

centrados no cliente, com o intuito de favorecer o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa.

5.1.1. Observação participante nas consultas

A primeira consulta na UPI constitui-se de uma consulta de enfermagem – onde é realizado o acolhimento, e colhidos dados sobre a história de vida da criança e da família, estilos de vida e sobre os motivos de recorrência ao serviço – e uma consulta de pedopsiquiatria.

Nas crianças até aos dois anos é realizado um registo de interação, por um observador externo, dos primeiros dez minutos da sessão. Este registo é apresentado em reunião de interação, antes de ser apresentado o caso e os técnicos que não conhecem a criança partilham o que pensam e sentem perante a observação descrita.

Em crianças entre os 12 e 24 meses, é aplicado o paradigma da UPI. O paradigma da UPI é uma adaptação da *situação estranha de Ainsworth*, e caso os pais autorizem, a criança está junto dos pais durante 5 minutos, interagindo com estes por sua iniciativa; depois os pais saem por 3 minutos, ficando o técnico a interagir com a criança – podendo o tempo ser reduzido em caso de angústia muito acentuada da criança; e quando os pais regressam à sala interagem com o filho como se estivessem em casa. Esta situação, que permite observar os comportamentos da criança e dos pais, permitindo identificar o estilo de vinculação, pode ser filmada, e apresentada em reunião de interação, após discussão da situação pelos técnicos.

Assim, foram realizados registos de primeira interação, correspondentes aos primeiros 10 minutos, de acordo com o paradigma da UPI com apresentação à equipa multidisciplinar, seguindo com acompanhamento de duas crianças e suas famílias (Apêndice I e Apêndice III).

Ao longo da observação e, posteriormente, durante a apresentação à equipa, constatei a dificuldade e complexidade de ser observador. Não obstante o esforço e empenho em ser objetiva, torna-se evidente o olhar individual de cada um, aquilo que se realça em cada situação, e o modo como determinada ação sobressai em detrimento de outras.

O Sebastião (nome fictício) (Apêndice I) é um bebê de 4 meses e meio, bonito, rechonchudo, aspeto cuidado e investido. A sua mãe, que o acompanha, tem 27 anos, é professora de música, interagindo com bebês a partir dos 6 meses. Casada, sendo o primeiro filho do casal. Gravidez não planeada, e inicialmente pouco desejada, vigiada, sem intercorrências. Trabalhou até ao terceiro trimestre. Mãe fez preparação para o parto. Parto muito prolongado, descrito como “horível”.

Recorre à UPI por queixas de que o Sebastião chora muito, sendo uma situação mantida desde o nascimento do bebê, tendo sido aconselhada a vir à UPI, logo no primeiro mês de vida do Sebastião, pela enfermeira que a acompanhou na preparação para o parto: *“Está mais calmo mas não muito. Até aos 3 meses e meio passava o dia a chorar. Todo o dia! Não era diferente em nenhuma altura do dia!”*. Dorme no seu quarto, desde os 3 meses.

O Sebastião apresenta tónus aumentado para a idade, apresentando-se tendencialmente em pé, no colo da mãe. Bebê sempre em busca de estímulos, segura a cabeça, vira-se para todos os lados. Olhar atento e expressivo.

A mãe é carinhosa com o filho, mantendo-se sempre em contacto com ele, sorrindo, fazendo “festinhas” ou encostando a sua cara à do filho. O discurso materno é centrado nas dificuldades decorrentes do temperamento do bebê “*O dia a dia é tenebroso*”, com descrição de situações percebidas como de grande angústia, tendo recorrido aos serviços de saúde suspeitando de uma causa física: *“Havia dias que nem com secador, nem na bola [de pilates] (...) cheguei a ir ao hospital”*.

Denota-se também o impacto das expectativas prévias face à maternidade, parecendo estar presente a confrontação entre o bebê imaginário e o bebê real, e a confrontação com as competências parentais necessárias, pois lidava com crianças e refere dificuldades em lidar com o seu filho: *“Ele stressa com muita facilidade e não se consegue acalmar... Eu lidava com crianças e nunca me passou uma criança assim pelas mãos. Mas também estou pouco tempo com eles, se calhar também se passam da cabeça”*. Mantém discurso negativista face ao filho, sugerido pelo *“também se passam da cabeça”*.

Descreve situações que denotam pouca sensibilidade face ao bebê, com estimulação pouco adequada à idade, parecendo gerar frustração mútua:

“Tento fazer coisas com ele... dar-lhe instrumentos musicais para a mão, cantar-lhe, desde os 2 meses... e ele não liga nenhuma e eu irrito-me com isso”. Parece reconhecer esse factor, intuindo-se necessidade de apoio para o desenvolvimento da sensibilidade: *“Aos dois meses não queria que eu cantasse, acalmava-se melhor se falasse com ele...”*. Mesmo quando o Sebastião está a dormir, a mãe mantém-se em movimento, arranjando a roupa do filho, beijando-o, fazendo festas no cabelo.

O sentido de humor, mantido ao longo da consulta, parece surgir como um fator protetor do seu bem-estar, denotando-se que mantém o fluxo relacional com o filho: *“Também... cantei durante 9 meses, ele saiu e penso: estou farto disto, já não te posso ouvir”*. Reconhece o impacto das expectativas nas dificuldades de adaptação à maternidade: *“Não estava à espera de uma criança assim... tudo planeado e pensado ao mínimo pormenor e depois uma criança assim...”*.

O apoio social parece surgir como fator agravante das dificuldades, com os avós e família alargada longe, e o pai descrito como tendo dificuldades em suportar a relação diádica: *“[o pai] não consegue lidar com a situação”*; *“no primeiro mês estava sempre a querer que o levássemos ao hospital”*.

Durante a sessão, é proposto à mãe adaptá-lo à mama para o acalmar. Mãe refere que não gosta de o fazer porque não quer que ele associe a mama a consolo. Na segunda sessão, torna-se mais perceptível a diminuição de comportamentos interativos de responsividade, possivelmente em resultado das dificuldades sentidas desde o nascimento, com o temperamento difícil do seu filho. Quando o Sebastião, que se encontra no ovo, começa a ficar mais inquieto, e “gemilquento”, a pedopsiquiatra, falando pelo bebé refere *“estou a ficar aborrecido... acho que quero colinho...”*, tendo a mãe respondido *“pois quer, mas se o tiro do ovo já não o consigo voltar a pôr”*. O bebé acalma-se quando a médica fala com ele em tom de voz calmo, parando para ouvir e sorrindo. Quando volta a ficar mais agitado, a mãe diz *“agora é isto... já vai começar...”* E começa a interagir com ele, falando alto, de modo sorridente mas transmitindo uma sensação de ansiedade. O Sebastião vai ficando cada vez mais agitado e começa a chorar, tendo a mãe referido à saída *“agora vai aos gritos até à creche...”*.

Demonstrando o cansaço gerado pelas dificuldades sentidas, reagiu ao trabalho com alívio, referindo que o facto de o Sebastião chorar muito na escola não a perturbou *“ele já chorava... agora chora com outras pessoas...”*.

Este acompanhamento iniciou uma reflexão sobre a importância do estabelecimento da aliança terapêutica, para o qual é imprescindível o reconhecimento da necessidade de ajuda. Relativamente a isto a mãe transmitiu uma sensação ambivalente, questionando aquando da programação da consulta seguinte *“acha que vale a pena?”*. A pedopsiquiatra valida que o Sebastião é um menino saudável, o que não invalida a importância da mãe poder conversar com alguém que a compreende e que tenta ajudar. Independentemente do momento atual, é clarificada a disponibilidade para acompanhar a família, aceitando, e validando com o cliente esta aceitação, a decisão de manter o acompanhamento e, caso se verifique, de o retomar.

A Alice (nome fictício) (Apêndice III) é uma menina de 24 meses, desenvolvimento estato-ponderal aparentemente adequado, apesar de ar franzino. Aspeto cuidado e investido, apesar de se notar que a roupa se encontra desgastada. Pele clara, ligeiramente pálida, olhos amendoados, cabelo encaracolado, preso ao cimo da cabeça. Sorridente e a olhar em volta, de modo fugaz, como que envergonhada. Desenvolvimento adequado à idade, com jogo simbólico e interação com os adultos. Estabelece vários ciclos de comunicação. Emite algumas vocalizações, e começa a dizer as primeiras palavras por ecolália. Vem acompanhada pelos pais. Recorrem à UPI por dificuldades alimentares marcadas, com episódios de vómitos, recusa alimentar superior a 48 horas, incluindo internamentos por hipoglicémia e desidratação. Múltiplos exames médicos sem alterações.

A Alice é primeira filha do casal. Pai de 44 anos, português, trabalhando com horário flexível – chega a casa depois das 20h00. A mãe tem 38 anos, naturalidade russa, e nacionalizada portuguesa. Foi uma gravidez planeada, desejada e vigiada. Durante a gravidez queixas de edemas generalizados e cansaço fácil. O parto é descrito como difícil e demorado. O tempo na maternidade *“foi um horror, com bebés a chorar, não conseguíamos dormir”*. Amamentação também com dificuldades, tendo sido introduzido leite adaptado

durante o primeiro mês de vida. No primeiro mês, a avó paterna coabitou com a família, descrito pela mãe com fâcias de desagrado: *“mas não ajudava muito”*.

A mãe mostra-se ansiosa, com fâcias triste, humor deprimido e facilmente chorosa. Refere ter realizado alguma pesquisa, e manter-se em contacto com *blogs* de mães. Constata que existem mais crianças como a Alice, e que nunca imaginou que fosse possível. Fica revoltada quando vê outras crianças, *“rechonchudas”, “a comer com gosto”*.

Sempre desejou uma menina, *“mas a Alice tem algum problema, não sei se é na cabeça, no cérebro...” “se calhar precisa de alguma medicação....”*.

A Alice *“come pouco, o que come vomita”*. Coloca brinquedos e objetos na boca. Rejeita todos os sólidos, e só aceita comida da mãe. Mãe já experimentou diversas estratégias, desde brincar durante alimentação, até deixar comida no chão (bolachas misturadas com brinquedos).

Identifica-se uma perturbação do comportamento alimentar⁶ associada a uma perturbação da relação cuidador/criança zangada/hostil⁷ (zero to three, 2005), com o primeiro episódio de recusa alimentar secundário a separação dos pais durante uma semana, quando tinha 12 meses. Perante as dificuldades alimentares aquando do primeiro ano de vida, a mãe refere *“quando ela não comia, eu pensei, o problema é meu, se calhar sou feia, então vou deixá-la com a mãe dele, e ela vai comer”*.

Falando sobre o percurso da menina, a mãe relata as suas dificuldades e angústia pelo fato da filha não comer *“vejo outras crianças, a comer, a mastigar, ela deve ter um problema”, “há crianças abandonadas, que as mães não querem, gordinhas, a comer.... E ela é assim [aponta na direção da Alice] deve ter um problema no cérebro (...) há mães drogadas com filhos sem problema e a mim saiu-me [aponta novamente para a filha] isto”*. A mãe apresenta um discurso que denota um sentimento de ataque pessoal, como se

⁶ O bebé ou criança pequena apresenta dificuldades em estabelecer padrões regulares de alimentação de acordo com sensações fisiológicas de fome e plenitude. Deverá ser considerado um diagnóstico secundário perante dificuldades regulatórias e/ou presença de fatores precipitantes interpessoais como separação, negativismo ou trauma.

⁷ Relacionamento pais-bebé caracterizado por interações ásperas e rudes, frequentemente pobres em reciprocidade emocional. A interação é marcada por tensão, com falta de entusiasmo ou alegria. Os pais podem censurar o bebé/criança, ressentindo-se da sua necessidade de cuidados que podem considerar exigente. Por sua vez, a criança pode exibir comportamentos exigentes e agressivos com os pais, ou, por outro lado, mostrar-se receosa, vigilante e esquiva.

a menina considerasse os sentimentos da mãe aquando da recusa alimentar, parecendo procurar – para apaziguar essa zanga – uma justificação física para o problema. Sente-se muito isolada, com pouco suporte familiar e social.

Relação conjugal aparentemente pautada por conflito, com perspetivas diferentes sobre a filha, e sobre os planos futuros. Ao longo das sessões percebe-se um afastamento maior, sendo que na terceira sessão, os pais não estabelecem contacto entre si. Menina com interação privilegiada com o pai, procurando-o para mostrar brinquedos, verificando-se que, por sua vez, o pai é mais responsivo às demandas da menina. Esta relação da díade pai-filha parece gerar desconforto na mãe.

Por sua vez, no discurso e atitude da mãe denota-se desconfiança face aos serviços de saúde, com a recusa do paradigma da UPI – não pela recusa em si mas pelo impasse criado nessa recusa –; e referindo não vão acreditar nas suas queixas. Durante a segunda sessão – sessão conjunta com pedopsiquiatra, TO, enfermeira estagiária, pais e criança – apresenta-se com fâcias fechado, expressão facial de zanga, sendo mais evidente esta desconfiança. Durante esta sessão, em que se havia planeado uma refeição, a mãe centra-se na preparação dos alimentos, desde que entra no gabinete, não respondendo às interpelações.

Comportamentos interativos pautados por diretividade e mesmo intrusividade, interrompendo a exploração que a Alice se encontra a fazer da sala sem aviso prévio, com movimentos bruscos em torno da alimentação. Zanga-se quando a menina come o pão “*agora come, mas já vai largar*”. *Nunca come assim, vocês vão ver!*”. A preparação da alimentação é feita de um modo que dá uma sensação de agressividade. Prepara e oferece-lhe alimentos que, de acordo com o pai “*ela nunca come*”, referindo “*É para verem!*”.

A necessidade de acolher a mãe, para assegurar a continuidade das sessões, e possibilitar o trabalho com a família, foi reconhecida e assegurada. Reconhecendo as dificuldades que podem surgir no estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na empatia, importa identificar, reconhecer e aceitar esta dificuldade, para não se verificar contra-atitude que comprometa a relação terapêutica.

A autoestima materna apresenta-se diminuída, podendo estar relacionada com o compromisso do *bonding*, e pela diminuição da qualidade das interações diádicas (Lourenço, 2013).

Na semana seguinte apesar de manter o ênfase na aquisição de um fator externo para as dificuldades alimentares da filha, querendo informações sobre outras situações similares e sua resolução, estabelece algum contacto com a filha, sorrindo de modo carinhoso quando fala sobre ela.

Sente-se necessidade da mãe obter uma validação de que a Alice é uma criança “*normal*”. Apresenta-se mais sorridente, mais comunicativa, e aparentemente, mais receptiva à relação terapêutica. Mostra-se mais disponível para falar dos seus receios, parecendo receptiva à reflexão e identificação de algumas atitudes (como ficar preocupada com a gestão da alimentação) e no impacto que tem na Alice. Quando a pedopsiquiatra, em *floortime*⁸ com a menina refere, com tom de voz muito calmo e mantendo sorriso acolhedor: “*os meninos não comem, e os pais ficam muito muito preocupados e angustiados... e eles sentem isso e ficam também angustiados e não conseguem comer... Ela não faz de propósito, ainda não reconhece o porquê da angústia, mas pode sentir que a hora da refeição é uma hora muito difícil e fica muito aflita... Esta aflição pode ser contagiosa... pega-se muito facilmente... mas esta aflição é legítima, afinal é a comer que se sustentam....*”. Mãe ouve atentamente, acena com a cabeça e refere: “*pois... eu já notei... eu agora faço isso, dou-lhe uma bolacha, estou a comer uma, e olho para outro lado... para a janela ou para o computador... faço de conta que não quero saber... que essa parte da vida dela não me interessa... mas ela olha para mim... esperta*” [e sorri].

Na sessão seguinte, a mãe reconhece que a filha poderá não ter vontade de comer, associando a uma componente ansiosa. Que ela própria também sente e partilha neste momento. Ao longo da sessão, a mãe partilha que foi uma criança com dificuldades alimentares.

⁸ Uma das estratégias da abordagem terapêutica fundamentada no modelo de intervenção DIR/Floortime, desenvolvido por Greenspan & Wieder, que se baseia no desenvolvimento funcional da criança, utiliza a exploração de objetos com o objetivo de potenciar o desenvolvimento dos alicerces para as competências sociais, emocionais e intelectuais das crianças. *Floortime* “tempo de chão” é uma técnica em que o terapeuta acompanha os interesses da criança e simultaneamente, a desafia a explorar o seu máximo potencial de desenvolvimento.

Pai mantém-se mais tranquilo que a mãe, fazendo algumas piadas: *“ela come papel higiênico, devia haver uma comida que soubesse a papel...”*

A mãe fala sobre a dificuldade que sente que estar longe da sua família – a sua mãe e irmãs estão na Rússia. Fazem planos para se mudarem para mais perto dos sogros, mas a mãe refere que não gosta da ideia.

Parecendo compreender as vivências da filha, através da expressão verbal, mantém comportamentos de baixa sensibilidade e responsividade face à menina, olhando pouco para ela. O próprio discurso é ambivalente, por um lado diz que compreende que é difícil para a filha, por outro, continua em busca de um nome que responda a esta dificuldade, inclusivamente propondo toma de medicação – com a qual o pai não concorda – hipótese descartada pela pedopsiquiatra. A análise desta situação vai de encontro ao que defende Shonkoff & Phillips (2000) citados por Aguiar (2009) sobre o impacto do bem estar emocional materno nos comportamentos interativos, pautando-se por diminuição de comportamentos de sensibilidade. O discurso materno é sugestivo de conteúdo delirante⁹. A dada altura olha para a menina e refere: *“é uma psicopata”*. Após uma pausa acrescenta: *“parece que se ri de mim... que não gosta de mim e me quer ver zangada e triste!”*.

5.1.2. Apresentação em reunião de orientação

Considerando as orientações da OE (2010, p.2) no sentido em que “o avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência”, assumindo um papel dinâmico na melhoria da qualidade dos cuidados dentro da equipa multidisciplinar, participei nas reuniões de orientação, tendo, numa delas, apresentado um trabalho sobre **Stress Pós-Traumático no Pós Parto** (SPTPP) (Apêndice IV).

Esta apresentação resultou de um trabalho que se iniciou com consulta a peritos por parte da enfermeira orientadora. Lançado o desafio, foi efetuada uma revisão sistemática da literatura, na plataforma EBSCO – CINHALL (*with Full Text*) e MEDLINE (*with Full Text*). A linguagem de pesquisa utilizada foi

⁹ Delírio consiste num processo de pensamento distorcido (CIE; 2011). Conjunto de ideias irrealistas organizadas em forma de crença, sendo um estado mental caracterizado por perturbação da consciência e alterações da cognição (Towsend, 2011).

stress post-traumatic and partum. Obtiveram-se 34 resultados (7 repetidos e 6 de assuntos diferentes) – sendo trabalhados os dados de 21 artigos. Para aceder a literatura cinzenta foi utilizada a base de dados RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), e consultadas bases de dados institucionais – OMS, CCE, e DGS.

Cerca de 50% das mulheres reportam sintomas que indicam alguns aspetos da sua experiência de parto como traumática, e até 3,1% têm diagnóstico de SPT seis meses após o parto (Grehin & O'Hara, 2014), existindo uma elevada comorbilidade entre SPTPP e depressão, com uma natureza potencialmente crónica de SPTPP (White, Matthey, Boyd & Barnett, 2006).

Entre os fatores de risco, sobressaindo a história anterior de trauma, surgem as características e resultados do parto atual, incluindo as complicações com o bebé. Ahlund, Clarke, Hill & Thalange (2009), desenvolveram um estudo sobre SPTPP em mães de recém-nascidos muito baixo peso, tendo encontrado uma prevalência de SPTPP aos 2 anos de vida da criança, significativamente mais elevada do que na restante população, sustentando a importância da deteção e intervenção precoce neste grupo de risco.

Os dados encontrados sobre a intervenção sendo insuficientes sobre o modelo mais adequado a adoptar, são consistentes no que concerne à necessidade de acompanhamento, e intervenção precoce nestas situações, sendo o mais importante a consistência das intervenções (Cunen, McNeill & Murray, 2014).

5.1.3. Grupo de mães e bebés

O uso de grupos para psicoterapia surgiu no século XX, iniciando-se com Pratt (1914), que, no início do século, associou a componente formativa à de grupo de apoio no seu trabalho com pacientes com tuberculose. Ao longo do século vários psiquiatras iniciaram trabalho com grupos, tentando transferir as técnicas psicanalíticas para os grupos, tendo Kurt Lewis e colaboradores (1951), aumentado o campo de ação nos grupos, e possibilitado a formação de diversos grupos de profissionais em dinâmicas de grupo (Bloch, 1999).

O grupo é, segundo Elizalde (1997), citada por Guerra, Lima & Torres (2014), definido por um conjunto de forças – interpessoais, intrapessoais e

grupais – que atuam sobre os seus membros, sendo a concepção de grupo e o modo como se aborda e trabalha com o grupo o que o define.

Este é um grupo artificial, aberto, sendo homogêneo em termos conceituais de partilha – mães com filhos bebês – é heterogêneo no que concerne às características individuais – idades, números de filhos, modo como vivenciam a maternidade e estilos de vida. Não obstante essa heterogeneidade, este grupo vai de encontro ao que define Libermam (1979), quando refere que os grupos preenchem a necessidade dos seus membros de se sentirem acompanhados e apoiados no seu problema, de partilha pessoal, necessidade de crescimento e/ou de mudança (Guerra *et al*, 2014).

Este grupo teve origem em Junho de 2015, com reuniões semanais, de duração aproximada de 2 horas e 30 minutos. De realçar que, apesar de ser um grupo aberto, verificou-se uma constante, de quatro díades que se mantiveram desde o início ligadas ao grupo. As reuniões tiveram lugar em espaço amplo, com colchão de grande dimensões no chão, que permitem quer a interação entre as mães, quer interação entre bebês.

A finalidade do grupo foi o apoio na adaptação à maternidade, num processo contínuo, marcado pela aceitação e respeito mútuo entre as participantes. À medida que os bebês foram crescendo, e se verificou o regresso das mães à atividade laboral, o grupo foi progressivamente passando à fase de luto/despida (Guerra *et al*, 2014). Um dos fatores que demonstram a importância que este grupo assumiu para estas mães e os resultados positivos obtidos, é o contacto mantido através de *email*.

Aquando a minha chegada ao grupo – em Outubro – encontrei o grupo em fase de desempenho, verificando-se forte coesão interpessoal entre os membros (Guerra *et al*, 2014), com identificação clara das normas do grupo, respeito mútuo, e capacidade de partilha. Este fator poderia ter condicionado a adaptação ao grupo, e a aceitação dos seus elementos da minha participação. No entanto, esse fato não se verificou, denotando-se a importância do reconhecimento da implicação pessoal nas intervenções e utilizando os recursos individuais que poderão ser benéficos para o cliente. Mantendo uma postura de aprendizagem e desenvolvimento de competências de EESMP,

utilizei os recursos da minha prática em pediatria, integrando os conhecimentos de acordo com as necessidades expressas do grupo.

Por exemplo, sendo duas das mães vegetarianas, e questionando sobre as opções alimentares para as suas crianças, procedi a pesquisa sobre o assunto, encontrando diretrizes da DGS (2015) sobre alimentação vegetariana desde a primeira infância, associando informação sobre nutricionista e pediatras “verdes” – alertando para a importância de aconselhamento com equipa de saúde responsável pelas crianças.

Ao longo das sessões surgiram frequentemente questões sobre cuidados após quedas e lesões em crianças pequenas, as quais foram respondidas, sendo dado o enfoque à prevenção de acidentes – dado que alguns bebés dormiam com os pais, e havia relatos de quedas frequentes de uma das meninas. Esclarecendo as dúvidas apresentadas, foi-se desenvolvendo a temática dos primeiros socorros, sendo que numa das sessões, uma mãe coloca questões relativamente a situações de engasgamento, aparentemente despoletada por evidência de uma das bebés que ingeria a alimentação sólida. Exemplifica-se a manobra de desengasgamento, com explicação do procedimento e de situações a aplicar. Durante o fim-de-semana seguinte, surge o pedido de uma formação sobre estas manobras e suporte básico de vida, tendo sido programada e implementação uma intervenção de âmbito formativo, de cariz teórico-prático, mantendo a conexão com o desenvolvimento de competências em EESMP.

A participação neste grupo permitiu-me a operacionalização de conceitos evidentes na literatura, como as diferenças individuais de adaptação à maternidade, com dificuldades muito próprias, distintas da experiência objetivamente observada, e dependente da vivência de cada uma. Ou seja, independentemente da expectativa que possamos ter face às dificuldades que uma mãe possa identificar – pela experiência de parto, pelas características sociofamiliares, pelo estado de saúde do seu filho, entre outras – a sua vivência depende de múltiplos fatores que interagem entre si.

Ao longo do percurso do grupo foram abordados vários temas, como as dificuldades de sono, opções alimentares, gestão de horários, relações conjugais e familiares, adaptação à vida laboral, crenças e seu impacto nos

filhos, escolha de creche, entre outros, uma vez que o EESMP “implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas (...) de grupo, centradas nas respostas humanas (...) às transições” (OE, 2010, p.7). São abordados os assuntos à medida que emergem do grupo, sendo os seus elementos incentivados a partilhar vivências. Esta utilização do grupo para identificação de estratégias, descentrando a solução do profissional, permite o reconhecimento de que o problema abordado não é autolimitado, favorecendo uma abordagem positiva face às dificuldades sentidas.

Os nomes utilizados são fictícios. As idades referidas dos bebés correspondem ao início do ingresso no grupo, cujo acompanhamento seguiu até ao seu termino (de Outubro de 2015 a Fevereiro de 2016).

A Clara é mãe da Francisca (2 anos) e do Manuel (5 meses). Casada, trabalha na área da gestão, sendo a única do grupo com horário fixo. Regressa à atividade laboral por um mês durante o percurso do grupo, voltando ao fim desse tempo, por prolongamento da licença parental até aos 9 meses. A Clara apresenta-se de modo muito autêntico, manifestando espontaneamente as suas dificuldades e angústias, e partilhando as suas vivências.

Inicialmente com aspecto muito cansado *“as noites são muito difíceis”*, muito autocrítica *“os neurónios não estão bons!”*. Oferece biberão ao Manuel de modo sistemático, enquanto este regurgita frequentemente. Aquando da alimentação não estabelece contacto visual com o filho, e frequentemente transfere os cuidados para outros elementos. Este aspeto acaba por se revelar como elemento protetor na sua adaptação, pois assume facilidade em partilhar tarefas e aceitar ajuda de terceiros, referindo *“temos de nos deixar de ser super mulheres! Se a sogra quer ajudar, pois que passe a ferro!”*. Refere um aspeto que as mulheres podem vivenciar aquando da licença parental – o isolamento social – referindo que independentemente do modo como seja a noite, todos os dias sai com o Manuel *“pois... ele chora... mas eu visto-me rápido e saio com ele de casa... senão ao fim do dia não o aguento, assim passeamos os dois e ficamos os dois mais felizes”*.

Ao longo das sessões, a sua capacidade de assumir as dificuldades, encarando a maternidade como o processo complexo que é, aceitando as suas limitações e propondo-se, apesar delas a manter o foco no filho não

descurando o seu próprio bem-estar, traduziu-se em mudanças observáveis na relação diádica, identificada e referida pelos elementos do grupo *“estás cada vez mais apaixonada pelo teu filho!”*. Denota-se atenção às características individuais do filho, reconhecendo aspetos da sua personalidade, e relatando-os com carinho e aceitação *“está imparável. Gatinhar é que não. Está sempre a querer pôr-se de pé e aguenta imenso tempo agarrado às coisas. Receio bem que venha a tornar-se um furacão. (...) Continua um simpático, aprendeu a bater palminhas e a fazer “trriimm no nariz da mãe”*.

O seu sentido de humor face às dificuldades, associado a perceção de apoio por parte do marido, *“ele compreende que é difícil! A primeira coisa que faz ao chegar a casa é vestir o fato de treino e depois ir brincar para o tapete com eles... ficam os dois loucos de alegria quando o pai chega! Só é pena não cozinhar, mas cozinhar é a minha terapia [ri-se]!”*, parecem ter contribuído também para este processo de vinculação. Parece que a qualidade da relação conjugal, proporciona um ambiente contentor à relação diádica – ao partilhar as vivências com o marido e retirar prazer da relação deste com os filhos, Clara cria espaço para integrar as suas vivências pessoais. Por sua vez, o Manuel evolui a cada semana, com respostas comportamentais harmonizadas face à interação materna.

Em Clara consegue-se identificar a ambivalência das mães na sociedade atual. Mães que adoram os seus filhos, mas com dificuldade em conciliar os seus diversos papéis sociais. Que assumem a dificuldade dessa conciliação, compreendendo e aceitando estas limitações, mas quando confrontam esta compreensão racional com as suas emoções, sentem-se culpadas e frustradas. Por um lado, *“quero que os dias passem depressa, por outro sinto que estou a perder os tempos de bebé, que voam...”*. O efeito de grupo, ao confrontar Clara com estas emoções, permite-lhe que as identifique, fale sobre elas, as integre, e perspetive estratégias facilitadoras.

Maria José é mãe de Matilde (7anos) e a Mariana (7 meses), casada, engenheira do ambiente. Horário flexível, necessitando realizar algumas viagens, que identifica como geradoras de *stress* para si. Refere dificuldade em aceitar ajuda por parte de terceiros, incluindo do marido *“quando dou por ela, já fez tudo ao contrário do combinado, a Mariana esteve a ver televisão e a*

Matilde a jogar no computador!". Concentrando em si o cuidado às filhas, a necessidade de se ausentar é vivenciada com preocupação e angústia. Amamentando a Mariana a pedido e transportando-a no *sling*, as interações diádicas são marcadas por comportamentos de responsividade.

A Mariana é uma menina expressiva, dinâmica, que explora o espaço em redor com segurança e interage com todos os constituintes do grupo. No entanto, à medida que a menina cresce, e apresenta mais movimentos de afastamento da mãe na sua exploração, denota-se alguma diminuição da sensibilidade da Maria José, com comportamentos interativos mais diretivos – de modo aparentemente inconsciente, interrompe a exploração “puxando-a” sistematicamente para si, mantendo-a no seu abraço e ao alcance do seu toque. Este aspeto parece estar relacionado com a dificuldade em integrar o crescimento e desenvolvimento da filha, referindo o desejo de “*ter um bebé durante mais tempo*”; “*não gosto nada que já comece a ter dentes... adoro sorriso de gengiva, desdentado!*”. O modo como é descrito o fato de acordar de noite para mamar, parece demonstrar esta vontade de prolongar “*o tempo de bebé*”.

Se por um lado, mantém os cuidados à filha centrados em si, por outro, parece ressentir-se da pouca participação do pai nestes cuidados, parecendo esta ambivalência de desejos estar na génese de alguns conflitos conjugais.

Numa sessão focada na adaptação dos irmãos aos novos bebés, fala sobre Matilde, descrita como “*uma menina doce, bem adaptada à irmã*”. O relacionamento mãe-filha é pautado por cumplicidade, com rituais próprios, como contar segredos na hora de deitar. Atualmente, Matilde demonstra enfoque na organização do seu quarto, querendo participar nas tarefas domésticas, parecendo operacionalizar a necessidade de organização interna, num processo de adaptação à nova estrutura familiar. De modo menos evidente, a Maria José também pareceu integrar estas mudanças, e no final deste percurso, denota-se o reconhecimento da evolução da filha e a celebração das mudanças “*está uma crescida, também artista de circo, está quase a andar sozinha. Acho que vamos dar início à fase das cabeçadas!*”.

Participando em todas as sessões manteve-se sempre muito atenta aos outros elementos do grupo, partilhando algumas das suas vivências, apresentando uma análise ponderada e racional das situações.

A Carla, mãe de Salomé (10 meses), é bailarina profissional, em união de facto com o pai da Salomé. Relação diádica pautada por comportamentos interativos de sensibilidade e responsividade, com um discurso de aceitação das dificuldades inerentes à maternidade, que é descrita como vivenciada de modo muito sereno. A Carla apresenta-se com uma perspetiva de vida muito positiva, parecendo a sua personalidade constituir-se um fator protetor na adaptação à maternidade. Muito atenta às necessidades da filha e às suas próprias necessidades, descreve o seu quotidiano regido em resposta a estas – assegurando períodos de descanso, e partilhando estratégias com as restantes. Na presença de dificuldades, por exemplo, aquando de uma infeção respiratória da Salomé, com desenvolvimento de uma mastite secundária à diminuição da ingesta, mantém contacto com o grupo, com um discurso característico, pautado por relatos vividos e sentido de humor *“entre narizes entupidos, ben-u-ron, e folhas de couves nas maminhas, ainda há tempo para muitos mimos e brincadeiras!”*.

Carla relata a sua relação com a filha, realçando o perfil sensorial das interações, diferenciando-se fácil e naturalmente da interação entre o pai e a filha *“eu sou mais de tocar, abraçar e beijar, é algo muito físico, o pai brinca mais e conversa com ela”*, denotando-se aceitação destas diferenças que são encaradas como positivas para o desenvolvimento da Salomé. Salomé é uma bebé franzina – nasceu prematura – de olhar atento, pouco exploradora do espaço envolvente. Mantém o corpo direcionado para a mãe e, quando em interação com os outros bebés, procura-a frequentemente.

Enquanto se mantém atenta à filha, Carla, demonstra capacidade de proporcionar atenção aos outros bebés, dando colo a um, brincando com outro, falando com o Manuel, deixando a filha liberta para explorar enquanto a apoia e exemplifica essa exploração. Além disso, consegue dedicar atenção a cada uma das outras mães, aceitando e referindo as diferenças que vai observando, e expondo a sua opinião de um modo assertivo e carinhoso.

À semelhança de Carla, Júlia mãe de Gina (9 meses) encara a maternidade de modo muito natural, aceitando as dificuldades como parte do percurso. Gina é a primeira filha de Júlia, resultado de uma relação estável, tendo sido uma gravidez planeada e desejada. Durante a gravidez, o pai de Gina, com um passado desconhecido de Júlia, foi preso, por diversos crimes violentos. Tendo sido *“um choque”* Júlia mantém contacto via telefónica com o pai da filha, referindo *“sentimentos muito confusos, estou revoltada e assustada com os crimes que cometeu, mas é o pai da minha filha”*.

A Gina parece uma menina feliz e exploradora. Júlia refere que ser mãe a colocou em contacto com um lado de si própria que desconhecia *“um lado muito bom, uma grande capacidade de amar e para cuidar de alguém!”*. A ausência de um discurso fatalista parece ser fator de resiliência, atuando de modo protetor, relativizando a sua situação *“tenho amigas em situações muito mais difíceis, uma com um filho prematuro e outra a quem morreu a mãe... acho que é pior, e se calhar não conseguia... mas não sei, só quem vive a situação sabe se é capaz...”*.

Acerca da maternidade Júlia refere *“às vezes olhava para ela e pensava: como te consegui manter viva? E ficava muito feliz!”*. O seu modo simples de descrever algo tão complexo, faz-me refletir: quantas mães sentirão a angústia e o medo de não serem capazes de assegurar a sobrevivência e adequado desenvolvimento dos seus filhos? Como deve ser solitária esta sensação e a emocionalidade que lhe está inerente? O apoio e suporte na adaptação à maternidade, independentemente do seu formato, torna-se algo que deverá ser prioritário nas equipas de saúde e na comunidade em geral.

O efeito do grupo faz-se sentir no apoio mútuo aquando de alguma díade com alguma dificuldade acrescida, mobilizando estratégias já experimentadas ou pensadas com base na experiência própria.

5.2. Serviço de Psiquiatria – Unidade de Internamento de Agudos

O serviço de psiquiatria insere-se num hospital distrital da área da grande Lisboa, organizando-se em quatro unidades funcionais: psiquiatria de ligação, hospital de dia, internamento de agudos e unidade comunitária, de acordo com o descrito na Lei de saúde mental (Decreto Lei nº36/98, de 24 de Julho). Todas

as unidades funcionais, são constituídas por equipas multidisciplinares que desenvolvem intervenções de acordo com a sua área de competências.

A unidade de internamento de agudos, é um serviço misto, com capacidade para 29 clientes, com três enfermarias privadas, duas delas com videovigilância. Funcionando num piso térreo, além dos espaços comuns – sala de convívio, sala de atividades e refeitório – existe um jardim, onde os clientes podem fumar, de acordo com a Lei nº 109/15 de 26 de Agosto, artigo 5º.

O internamento funciona em regime aberto, embora por razões de segurança – existindo clientes internados em regime de internamento compulsivo, ao abrigo da Lei de saúde mental – possui fechaduras em todas as salas destinadas aos profissionais, e códigos de acesso nas entradas/saídas.

Para promover um ambiente seguro e contendor, o serviço possui algumas normas e regras, das quais se destaco algumas restrições, como proibição de manter objetos cortantes, bebidas alcoólicas, gaseificadas e com cafeína, sendo destituídos de telemóveis e adornos valiosos. A aplicação de algumas destas regras poderá ser encarada como imposição e limitação à liberdade individual do cliente, pelo que devem ser explicadas compreendendo o impacto que poderão ter no bem estar do cliente, e no estabelecimento de relação terapêutica. Por exemplo, para alguém com diminuição da acuidade de algum dos sentidos, ser, em contexto de crise, privado da utilização da sua prótese, este elemento irá funcionar como perturbador e confusional. Quando se tratam de objetos de valor, pode verificar-se um aumento da desconfiança nos técnicos de saúde. Ou seja, estas medidas que pretendem promover a segurança, poderão comprometer a relação terapêutica, sendo esta constatação importante no sentido de colmatar e minimizar este impacto, seja por explicar e clarificar ao cliente a necessidade desta medida, seja pela demonstração da segurança dos seus objetos.

Por outro lado, algumas regras parecem-me centradas na organização do serviço, como por exemplo, os horários restritos para o banho, podendo funcionar como fator stressor e não como promotor de saúde mental, principalmente neste contexto de crise. Não obstante isso, a longo prazo poderão ser organizadoras, proporcionando previsibilidade ao dia do cliente.

Neste serviço, o EESMP foca as intervenções duais e unifamiliares, sendo utilizados os dados provenientes da observação ao longo do dia, e aproveitando os diversos momentos de interação – desde os cuidados de higiene, até à alimentação – para a promoção da saúde e prevenção de complicações. Por exemplo, o momento da alimentação permitiu-me a observação das relações interpessoais, do funcionamento em sociedade e dos recursos do cliente para este funcionamento, a promoção do autocuidado, e a estimulação de comportamentos de saúde. Além disso, não obstante a monitorização da segurança do cliente e avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de emergência psiquiátrica, (OE, 2010), o momento da refeição, pela dinâmica entre os intervenientes, possibilitam a identificação precoce de sinais subtis de alteração do estado de saúde mental.

A participação nas atividades educacionais e recreativas, com a terapeuta ocupacional, foi incentivada nos clientes dos quais cuidei, com preocupação em acompanhar a sua evolução ao longo do internamento e a avaliação do impacto destas no seu bem-estar. As vivências dos clientes nestas atividades foram utilizadas no planeamento e implementação das intervenções de âmbito psicoterapêutico.

O momento das visitas – diário entre as 16h30 e as 19h00 – além de proporcionar oportunidade de conhecer a família, observando as dinâmicas e relações interpessoais com o cliente, compreendendo o seu potencial de promoção da saúde ou, por sua vez, de constituir um fator *stressor* para o cliente, constitui um momento para avaliar as necessidades de cuidados da família e de acordo com as necessidades adequar as intervenções. Durante este período, foi necessária disponibilidade acrescida, tanto para os clientes com famílias (pela possibilidade de momentos de tensão na interação com a família) como para os clientes sem visitas, que ao serem confrontados com as visitas de outros, podem vivenciar sentimentos de angústia e tristeza e, no limite, potenciar momentos de agitação psicomotora e agressividade verbal e física, assumindo a promoção de ambiente contentor e seguro, um papel preponderante.

Neste serviço, preconiza-se a utilização do método *enfermeiro de referência*, sendo atribuído de acordo com área de residência para potenciar interligação com equipa comunitária e equipa de pedopsiquiatria. Aliás, os profissionais de saúde organizam-se em torno do cliente, sendo atribuídos profissionais de referência para cada cliente, desde o enfermeiro e psiquiatra no internamento, passando pela enfermeira, psiquiatra, psicólogo, assistente social da equipa comunitária, o que proporciona estabilidade ao cliente, e reforço da relação de confiança estabelecida com os serviços.

No sentido de desenvolvimento de competências de EESMP, mobilizando as dinâmicas próprias deste contexto, prestei cuidados a clientes, desde o diagnóstico, passando pela implementação das intervenções, até à avaliação dos resultados (OE, 2010), destacando o acompanhamento de uma das clientes, sobre a qual desenvolvi o estudo de caso.

Além da participação ativa nas reuniões multidisciplinares no serviço – onde são discutidas os planos de intervenção dos clientes internados – participei nas reuniões multidisciplinares de ligação entre o serviço hospitalar e serviço comunitário [da área de residência das clientes que acompanhei] e reunião entre equipa comunitária e equipa de pedopsiquiatria.

A participação nas **reuniões multidisciplinares entre o serviço hospitalar e o serviço comunitário** possibilitou a compreensão da continuidade de cuidados, a partilha de informação, com o objetivo de centrar a intervenção multidisciplinar de ambos os contextos, no cliente. Os cuidados são planeados com vista à reinserção social, minimizando o impacto da possível dicotomia internamento/comunidade, através da “cooperação interdisciplinar e adequada referenciação para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde de Mental, 2015, p. 17034).

Esta partilha é realizada tanto no sentido de planeamento da alta dos clientes internados, como de programar ou prever possíveis internamentos de clientes em regime ambulatorio, que estejam em situações de crise, sem previsão de possibilidade de resolução na comunidade.

Além da participação na reunião, houve comunicação periódica com a enfermeira da equipa comunitária responsável pelas clientes que acompanhei, atuando a nível da prevenção de complicações

Através da reunião conjunta da **equipa comunitária e equipa de pedopsiquiatria**, consegui perceber o acompanhamento da família como um todo. Não sendo a mesma equipa que segue os pais e a que segue a criança, existe um acompanhamento conjunto, com troca de informações para proporcionar o melhor cuidado à família.

A participação ativa nesta reunião, com contributos sobre o estado de saúde das clientes que acompanhei, além de contribuir para a compreensão do impacto da doença mental dos pais, na sua vivência da parentalidade e, conseqüentemente no bem estar dos filhos, respeita ao desenvolvimento de competências de EESMP, pois este “compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multidisciplinares que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática” (OE, 2010, p. 6).

Foram discutidos alguns dos fatores de doença mental, que interferem com a vinculação, com evidência de ambientes familiares pouco contentores, em que os pais podem ter dificuldade em integrar os filhos na sua história de vida, sendo pouco contidos, expondo-se e expondo frequentemente os filhos a pessoas estranhas. História de relações conjugais pouco saudáveis, em que algumas mães procuram afeto e apoio nos filhos, alterando a dinâmica da relação parental. Assim, as crianças são “adultizadas”, sendo responsabilizados pela resolução dos problemas parentais, e os pais desabafam e contam os seus problemas aos filhos, sem perceção da sua preparação para este conhecimento. Por sua vez, os filhos podem encontrar-se sobrecarregados, com parentalização das crianças.

O caráter transgeracional das relações também foi discutido, com história de uma mãe pouco cuidada na sua infância, vítima de violência doméstica, perpetuando estes ciclos nas relações que estabelece. Este fato está relacionado entre outros com uma autoperceção alterada, parecendo ter inscrito na sua mente que existe legitimidade para a agressão. Diz: “eu provoço nos outros violência, todos me agrirem”, isto associado a uma postura de muita

dependência e muita necessidade de afeto, sendo os serviços de saúde utilizados como fonte de contenção – referindo os planos “de fazer disparates”.

De referir ainda o pouco suporte social. Uma avó diz à mãe: “se não fui boa mãe, não vou ser boa avó”, acabando por ficar dependente das relações conflituosas que estabeleceu. Mãe descrita como “querida, carinhosa, preocupada, mas pouco contida e pouco contentora”. Na sua maioria, os filhos são crianças que crescem sem referências sólidas, em termos de figuras de vinculação.

Apesar do objetivo principal a reabilitação familiar, com crianças integradas nas famílias, em situações limite, especialmente de risco para a criança, os filhos podem ser retirados do ambiente familiar, constituindo esta tomada de decisão de grande responsabilidade – envolvendo diversas entidades – e necessário grande sensibilidade e atenção ao seu impacto quer nas crianças, quer nos pais.

Como complemento de desenvolvimento de competências e no intuito de melhor compreender a intervenção desenvolvida pela **equipa comunitária**, com o qual estive em interligação, foi realizado um dia de observação. Foram observadas duas consultas a mulheres no início do segundo trimestre de gravidez, com identificação de níveis muito distintos de disponibilidade para o bebé – *apego* (Apêndice V). O facto de a gravidez implicar a suspensão de grande parte da medicação psiquiátrica pode condicionar o estado de saúde mental das mães, sendo necessária maior vigilância, e intervenções de suporte, evidenciando-se investimento a nível da promoção do apoio familiar e social.

Durante o estágio no serviço de psiquiatria, acompanhei uma cliente, através de gestão de caso, participando ativamente nas reuniões de discussão de caso, e realizando um plano de cuidados individualizado, no sentido de desenvolvimento da competência “realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (OE, 2010, p. 6). Foi realizado este estudo de caso, uma vez que a cliente é mãe de uma criança de 5 anos (Apêndice VI). Posteriormente apresento um resumo deste percurso.

Diagnósticos de enfermagem utilizando o sistema de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotados pelo International Council of Nurses e OE, dando resposta à unidade de competência “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa” (OE, 2010, p.5), através da aplicação de “sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros” (OE, 2010, p.5).

A história foi construída de modo muito progressivo, evitando intrusão, com os temas abordados à medida que a relação terapêutica evoluiu. Assim, existem vários dados em falta, por não serem relevantes para a relação terapêutica, e conseqüentemente, para a promoção da saúde do cliente, tendo sido muito importante a definição da finalidade e objetivos da intervenção, mantendo o foco no cliente, e nos resultados esperados. Manteve-se flexibilidade e dinamismo, utilizando o planeamento como uma estratégia e não como um fim em si mesmo, sendo permeável ao que imerge durante a intervenção e adaptando-se no momento.

Para isso, utilizei as técnicas de comunicação verbal e não verbal, com atenção à postura, aos movimentos, ao posicionamento face à cliente, e uma escuta ativa, com atenção à informação concetual e afetiva – muitas vezes, estes dois níveis de comunicação transmitiam informações distintas, tendo sido este fato devolvido à cliente (Chalifour, 2008). Na utilização das estratégias relacionais foi privilegiada a qualidade da relação, pois de acordo com Lecomte (1987) citado por Chalifour (2008) o sucesso do processo terapêutico depende da qualidade da relação entre cliente e interveniente [terapeuta], não se encontrando diferenças entre as diversas abordagens psicoterapêuticas. Considero, então, que em diferentes níveis de intensidade, demonstrei as atitudes de terapeuta defendidas por Chalifour (2008) **compreensão empática** – compreendendo-a como ser único e expressando essa compreensão –, **respeito caloroso** – com valorização do seu modo particular de estar e as suas capacidades individuais –, **autenticidade, compaixão** – valorizando o seu sofrimento e determinando-me a desenvolver estratégias conjuntas para o atenuar – e **esperança** – funcionando como mobilizadora de energia para atingimento dos objetivos propostos. A autenticidade exige um elevado autoconhecimento, indo de encontro ao descrito no Regulamento das

Competências Específicas do EESM: “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções” (OE, 2011, p. 4).

Phaneuf (2005) acrescenta o humor – que também foi utilizado, tendo-se demonstrado útil na criação da aliança terapêutica, reduzir tensões, servir de estímulo positivo e demonstrar alguns aspetos menos positivos do comportamento da cliente. No entanto, assim como as outras habilidades e estratégias requer treino pois poderá ser mal interpretada, ou mesmo utilizada como modo de proteção por parte do terapeuta.

A Michelle (nome fictício) é uma mulher de 26 anos, de nacionalidade Angolana, com visto de residência português. Idade aparente coincidente com idade real. Peso adequado à altura.

É a segunda de cinco irmãos, tendo sido adotada pelo tio materno e esposa, assim como a sua irmã mais velha. Os pais biológicos morreram, durante o primeiro ano de vida da Michelle. Descobre que é adotada em 2015. Pais adotivos residem em França desde 2013. Tem um filho de 5 anos, cuja guarda está à responsabilidade do ex-companheiro, desde 2014, conforme designado pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Vive em casa de amiga, com amiga, marido e dois filhos, pai e irmão mais novo desta. Crente na Igreja Evangélica, frequentando diversas congregações da Igreja Evangélica desde criança.

Diagnóstico médico de perturbação bipolar tipo I, desde os 13 anos.

Recebe Subsídio de reinserção social (RSI), e encontra-se empregada num estabelecimento comercial associado a instituição psiquiátrica.

Está integrada na equipa comunitária de psiquiatria da área de residência.

Adesão ao regime terapêutico, com maior evidência para a terapêutica farmacológica, muito irregular, verificando múltiplos reinternamentos em serviços de psiquiatria. Internada no serviço de psiquiatria de agudos, à data de estágio, em contexto de episódio maníaco.

Associaram-se intervenções de âmbito psicoterapêutico, incentivou-se a participação nas atividades de grupo com terapeuta ocupacional, e apoiou-se o treino de competências de assertividade e interação social. Não foi possível o desenvolvimento de intervenções a nível familiar pois o pai do filho não

compareceu à entrevista familiar marcada, os pais não se encontram em Portugal, e a amiga com quem reside visitou-a de modo esporádico durante o internamento, não se conseguindo prever estas visitas. Durante o internamento não recebe telefonemas. Telefona ao pai do filho, para falar com o filho, e quando este não atende, à amiga.

Avaliação do estado de saúde mental, identificando as necessidades de intervenção naquele momento e contexto, considerando os dados conhecidos sobre a sua história de vida, respondendo à unidade de competência “executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2010, p.4).

São planeadas e implementadas intervenções de âmbito psicoterapêutico, com recurso a atividades expressivas, sendo utilizadas como mediador à relação terapêutica, com objetivos de “aumentar o insight do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema (...) facilitar respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental (...) integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida” (OE, 2010, p.7).

Ao longo de todo o internamento, os acontecimentos de vida realçados são os mesmos, alterando a organização do discurso. A ênfase é colocada nas questões de identidade e pertença, parecendo os relatos demonstrar

desresponsabilização pessoal face às situações de vida, incluindo os motivos que originam internamentos. Ao longo do percurso, pelo recurso às intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo, a Michelle começa a identificar os fatores promotores de saúde mental e os fatores predisponentes a perturbação mental, incluindo o estilo de vida e a adesão ao regime terapêutico.

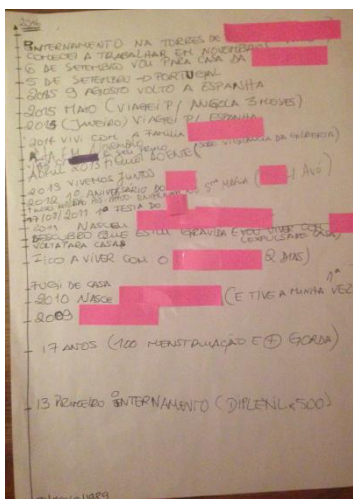


Figura 2 – Atividade “A linha da vida”

A comparação entre a figura 3 e figura 4, permite a percepção da evolução em termos de humor, e insight. A figura 3 foi produzida (de modo espontâneo), durante a primeira intervenção, aquando do questionamento sobre o motivo que levou ao internamento.

Na data com discurso perceptível, com sentido mantido mas muito desorganizado com polipsiquismo. Orientada na pessoa e no espaço. Grosseiramente orientada no tempo. Compreensão das metáforas. Fraco *insight*. Identifica o seu diagnóstico como perturbação bipolar, descreve as diferentes fases e sua sintomatologia, mas refere que se encontra em fase depressiva. Não se apura atividade alucinatória, mas também não se exclui. Refere que, por vezes, durante a fase depressiva, visualiza vultos e asas de anjo em algumas pessoas.

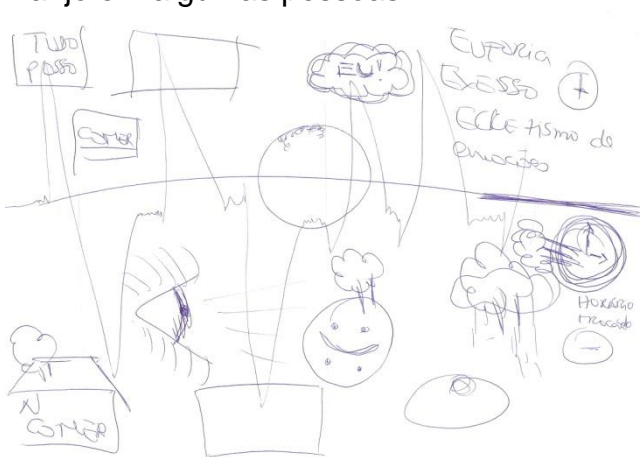


Figura 3 – Atividade “Desenha a doença”

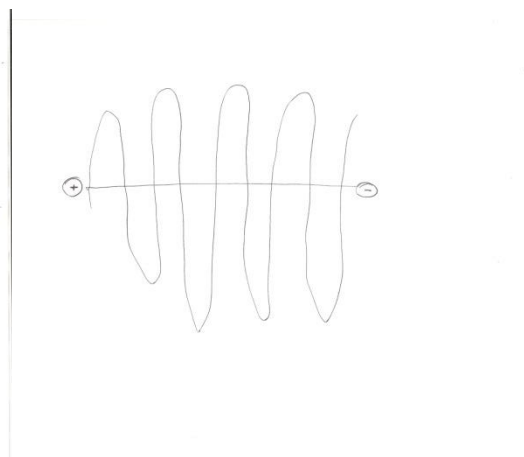


Figura 4 – Atividade “Desenha a doença”

A figura 4 foi produzida numa fase final do internamento, a pedido, no contexto de intervenção de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo, quando se levantam as questões relacionadas com o *insight* da doença, dos sintomas e da medicação. Ao longo desta intervenção foca-se o estigma, diferenciando-se o **ter** uma doença bipolar e o **ser** bipolar.

Quando confrontada com atividade delirante apresentada no passado, tal como alucinações visuais, faz crítica, reconhecendo-as como sintoma de crise. Crítica ao motivo de internamento.

Verifica-se uma melhoria progressiva do estado de saúde mental, com estabilização do humor. À data da alta *insight* aparentemente total. Mantém autopercepção comprometida, com uma componente discursiva de aumento da valorização pessoal, mantendo desresponsabilização parcial das situações, mas ambivalente no sentido em que aceita o mau trato e abuso como se fosse merecedora destes. As questões do mau trato foram abordadas, promovendo a

reflexão conjunta com a cliente, e desenvolvendo estratégias para aquisição de competências de relação interpessoal e adequação da valorização pessoal, pois o EESMP “planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, direccionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de (...) violência doméstica” (OE, 2010, p.6).

Ao longo das interações com a Michelle, sente-se a sua necessidade de se sentir amada e acarinhada.

Esta necessidade de pertença é realçada pela sua experiência em Angola, em casa do irmão biológico e da cunhada, sendo tratada de modo especial, com o irmão a cuidar dela e a cunhada a ensinar-lhe os pratos típicos. Refere o sentimento positivo que emerge de se sentir parte da família. Quer muito agradecer ao irmão, preferindo esconder a toma da medicação a desagradá-lo.



Figura 5 – Atividade “O ponto”

Nesta atividade, desenha o contorno de dois corações vermelhos, ambos com origem no ponto desenhado, colorindo de amarelo a interseção dos dois. Em torno dos corações desenha uma linha acinzentada, em formato de nuvem. Faz o desenho de modo organizado, parando para olhar para o que já fez e escolhendo as cores com cuidado.

Descreve como sendo referente à sua relação com o filho. Os dois corações representam-na e ao seu filho, sendo dois corações ricos, que se encontram no céu. A riqueza é simbolizada pelo amarelo e o céu é representado pela nuvem.

A nuvem surge como o céu, um clima familiar similar ao que vivenciou em Angola. A escolha da cor – acinzentada – afigura uma relação verdadeira, nem azul, idealizando a perfeição, nem negra, personificando aspetos negativos, é uma relação real, com coisas boas e menos boas, mas com muito significado. As próprias curvas da nuvem, segundo Michelle, simbolizam os “altos e baixos” desta relação diádica.

Sendo o desenho representativo do filho e da relação entre os dois, o enfoque do discurso da Michelle, mantém-se nas relações interpessoais que estabelece com outros [ex-companheiro, pais adotivos, e irmão]. A questão da identidade, é operacionalizada através da importância de um nome, do carinho que emana do nome que lhe foi escolhido.

Fala do nome que lhe foi dado pelos pais biológicos e o nome que os seus tios (pais adotivos) lhe deram. Manifesta tristeza por esta mudança, referindo que gosta mais do nome original, com a simbologia que lhe está associada.

Figura 6 – Produções da Atividade “O ponto”

“O meu tio mudou-me o nome... este não é o meu nome... A minha mãe chamou-me Matondo Cordi. Como fui a (...) única menina, chamou-se Matondo, que significa Graça.... (...) graças por esta filha que tanto queria... Cordi significa Corpo de Deus... Eu gosto mais do nome Matondo”.

No internamento em 2013 foi muito difícil encontrar quem a acompanhasse e acolhesse, e este aspeto parece ter deixado marcas no modo como encara a sua vida. A Michelle, mostra-se muito triste quando fala de se sentir sozinha.

Verifica-se, no seu discurso, uma luta importante entre a vontade de singrar sozinha – como disse: *“uma casa tem de se construir com alicerces fortes... e estou a tentar, para o Sérgio...”*, e o sentimento de desamparo e abandono que a acompanha. Assim, *Bilanda Landa*, significa ser igual aos outros, *“fazer tudo como deve ser (...) não quero ser cópia dos outros... mas quero conseguir...”*.

Posteriormente, abordam-se as questões do autoconceito, da autoperceção, com a finalidade de capacitar para a Michelle para a autoresponsabilização sobre a sua saúde, e definição de objetivos individuais.

No decurso da atividade *“Desenha a doença”*, em que se abordaram as questões relacionadas com o estigma, surge a atividade *“Quem sou eu?”*.

Após reflexão sobre a diferenciação entre *Ser* bipolar e *Ter* uma doença bipolar, sobre o fato de uma patologia não definir o seu portador, fazendo

Figura 7 – Atividade “Quem sou eu?”

paralelismo com doenças físicas, foi pedido à Michelle que referisse as suas qualidades, que defina quem é, diferenciando-se da doença, das suas relações e posses.

Enumera diversas qualidades, e, no final de enumerar estas qualidades refere que quando não cumpre a medicação, e não dorme convenientemente, muitas destas qualidades ficam escondidas e algumas desaparecem, possibilitando o reforço da psicoeducação no sentido da valorização do regime terapêutico como aliado, permitindo-lhe o atingimento do seu potencial de desenvolvimento ao manter os sintomas controlados, pois o EESMP “desenvolve e implementa programas de psicoeducação (...) desenvolve processos psicoterapêuticos (...) para restaurar a saúde mental do cliente (...) mobilizando os processos que melhor se adaptam” (OE, 2010, p. 7).

Surgiu, também, a questão da violência doméstica abordada pela Michelle, de modo natural, tendo o ex-companheiro a agredido cinco vezes: *“uma vez eu mereci...”*. Nesta altura interrompo a Michelle e afirmo que nenhuma situação justifica que alguém lhe bata. Michelle acena positivamente com a cabeça, e insiste: *“mas o que eu fiz foi um disparate... (...) deixei o Sérgio a dormir... (...) e saí rapidinho para ir fazer compras para o jantar... quando estava a pagar as compras o Geraldino telefona-me e pergunta onde estou...”*. De seguida terá dado a entender que não era a atitude correta, e enquanto a Michelle está com o bebé ao colo a acalmá-lo, o Geraldino bate-lhe. *“E eu aprendi, nunca mais repeti...”*. Sendo uma situação muito delicada, mantive uma postura de compreensão perante a cliente, mas afirmo que nada justifica a agressão e o maltrato. Existindo história familiar de violência doméstica (da parte do pai adoptivo para com a mãe), a Michelle parecia encarar este fator com naturalidade, apesar de em termos discursivos afirmar positivamente face à constatação de que violência doméstica constitui crime, e que não a deverá aceitar. Não obstante isto, demonstro compreensão perante a dificuldade da cliente em tomar uma decisão naquela altura, expulsa de casa pelos pais, sem rendimentos e com um bebé, pois um EESMP “demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: (...) violência, comportamentos de risco e outros” (OE, 2010, p.7).

Os cuidados de enfermagem foram avaliados segundo avaliados segundo indicadores de resultado e de qualidade. Isto porque os resultados verificados no cliente dos cuidados de enfermagem precisam ser identificados e medidos (Johnson, Maas & Moorhead, 2004). Para avaliação da qualidade, utilizou-se como orientações para a formulação de indicadores subordinados aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional da OE, contemplando a estrutura, processo e resultado (OE, 2004).

Em termos de estrutura, verificou-se acompanhamento sistemático da cliente, com presença de dois enfermeiros (sendo a enfermeira orientadora, na qualidade de supervisão clínica), existência de um quadro teórico de enfermagem (consecução do papel maternal) e espaço físico que, apesar de ser pequeno, proporcionou privacidade (OE, 2004).

No que concerne ao processo, foi assegurado ambiente seguro, a comunicação utilizada foi fluente e existiu avaliação sistemática, tanto do estado de saúde da cliente, como dos resultados das intervenções, sendo assegurada a continuidade dos cuidados, tanto no internamento como por referenciação à equipa comunitária. Especificando, as intervenções basearam-se numa atitude terapêutica, com reforço positivo, gestão das emoções, houve lugar a reflexão sobre esta, tendo sido justificadas face à sua pertinência.

A avaliação dos resultados de cada intervenção, planeadas de acordo com o potencial de desenvolvimento da cliente, baseou-se no atingimento dos resultados esperados face aos diagnósticos CIPE (CIE, 2011).

Os **resultados das intervenções** foram avaliados de acordo com os enunciados descritivos da OE, no que concerne à saúde mental, apresentados no *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental* pois o EESMP desenvolve competências na identificação dos “resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (2015, p. 17035). Os indicadores de qualidade inserem-se nas seguintes categorias de enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção de saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado; adaptação; e redução do estigma.

5.3. Contributos adicionais

A consulta a peritos¹⁰ permitiu a reflexão sobre a adequação das estratégias projetadas às necessidades das famílias e realidade contextual.

Foram realizadas entrevistas não diretivas a mães de bebés prematuros, anteriormente hospitalizados no meu serviço, com o objetivo de compreender as suas vivências, perspetivando a reflexão conjunta com a equipa multidisciplinar.

A participação nas Jornadas de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central (Anexo 2), possibilitou o conhecimento sobre os recursos existentes e o trabalho desenvolvido nos diversos níveis de prevenção da doença, complementando com a participação no *workshop* “Coisas que eu julgava saber acerca do bebé” – onde foi possível aumentar a compreensão do impacto da estimulação sensorial no bem-estar do recém-nascido.

Tive oportunidade de conhecer o projeto “*Semente*”, em desenvolvimento pela equipa de pedopsiquiatria do hospital onde trabalho, com a finalidade de desenvolver intervenções junto das crianças inseridas em famílias de pessoas com doença mental. Com esta entrevista à enfermeira da equipa pretendi conhecer os recursos a nível institucional de suporte a estas crianças, e potenciar a colaboração entre os serviços.

5.3.1. II Encontro de enfermagem de Neonatologia da área de Lisboa

Considerando as orientações da OE (2010, p.3) no sentido em que “o avanço no conhecimento requer que o EESM incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização”, participei neste encontro, que decorreu nos dias 13 e 14 de Novembro de 2015, fazendo parte da comissão organizadora (Anexo 3).

De destacar uma síntese da conferência protagonizada por *Mary Coughlin*, enfermeira responsável pela aplicação do projeto “Sobreviver”, integrado no

¹⁰ Enfermeira Maria João Nascimento (UPI); Professor António Nabais (ESEL); Enfermeira Ana Isabel Gregório Fernandes (UCIENP HFF)

programa CARE (Cuidados de Apoio a Recém-Nascidos de Risco), financiado pela XXS (Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro). Coughlin, alerta para o impacto que a separação precoce mãe-filho assume no desenvolvimento da criança, referindo que os bebês prematuros sofrem de trauma relacional precoce.

Estando o desenvolvimento cerebral do bebê dependente das experiências sensoriais, o trauma relacional precoce altera o modo como essas experiências decorrem e vão ser integradas. Estudos recentes mostram que o trauma relacional precoce muda o DNA (Ácido Desoxirribonucléico), com aumento da prevalência de doenças físicas como diabetes, hipertensão arterial e obesidade, e maior sensibilidade para doenças psiquiátricas.

Citando Howard (2011), Coughlin (2015) relembra que, a ocorrência de uma separação mãe-filho de uma semana, nos dois primeiros anos de vida foi relacionado com níveis mais elevados de negatividade na criança (com três anos) e níveis mais elevados de agressividade (três aos cinco anos), estando a prematuridade associada a maior risco de psicopatologia, com aumento da probabilidade de psicoses (Nasarti, 2013 citado por Coughlin, 2015) e de risco de suicídio (Blasco-Fontcelle, 2013, citado por Coughlin, 2015).

Em suma, o trauma muda o modo como as pessoas se sentem e vivem. O trauma muda a pessoas (mãe e bebê), assumindo o contacto pele-a-pele, com maior evidência para o método mãe-canguru, um papel no restabelecimento do vínculo precocemente interrompido.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao desenvolvimento de competências de EESMP, cresceu a concretização dos objetivos individualmente propostos, conforme delineados no projeto. Baseado no construto teórico apresentado surgiu a **questão**: Quais os sinais que predizem um processo de vinculação insegura? No seguimento desta questão norteadora, foram definidos os objetivos, conforme apresento.

Resposta obtida através de dados obtidos durante as intervenções de âmbito psico e socioterapêutico, com os registos de interação, com a componente do estudo de caso focada nestes objetivos, complementados com os dados provenientes da revisão da literatura, fundamentado com as orientações da DGS (2005).

Objetivo 1 – Avaliar o processo interação diádica, com despiste de sinais de alarme

A interação diádica, não sendo equitativa (Spitz, 1979), é recíproca e bidirecional, sendo necessário na sua avaliação considerar a disponibilidade materna para a interação, os comportamentos interativos observados, e as respostas comportamentais do bebé.

- ∞ Disponibilidade materna para a interação, na componente *apego*, mediada por diversos fatores – estando alerta para:
 - ✓ Ausência de referência ao bebé, durante a segunda metade da gravidez;
 - ✓ Ausência de sentimentos afetuosos para com o bebé durante após o primeiro mês de vida;
 - ✓ Referências negativas relativamente à gravidez e ao bebé;
 - ✓ Expectativas negativas em relação ao bebé e ao futuro.
- ∞ Comportamentos interativos maternos, estando alerta para:
 - ✓ Diminuição de comportamentos de sensibilidade;
 - ✓ Diminuição da responsividade;
 - ✓ Predominância de diretividade;
 - ✓ Intrusividade. A presença de comportamentos interativos de intrusividade, representa, por si só, um sinal de alarme.

- ∞ Respostas comportamentais da criança, adaptando essa avaliação ao seu nível de desenvolvimento, e atendendo a:
 - ✓ Ausência de busca de conforto junto da mãe, quando assustado, doente ou magoado;
 - ✓ Procura inadequada ou ambivalente de consolo junto da mãe;
 - ✓ Incapacidade para manter a interação após curta separação (Comportamentos de evitamento; Resistência ao contacto físico; Raiva intensa; Evidente carência de afeto);
 - ✓ Ausência de interações afetuosas;
 - ✓ Desinteresse pela mãe enquanto explora o meio envolvente;
 - ✓ Incapacidade total de se afastar da mãe para explorar;
 - ✓ Excessiva familiaridade ou proximidade com estranhos;
 - ✓ Excessiva facilidade em separar-se da mãe.

Objetivo 2 – Identificar fatores de risco acrescido no desenvolvimento de perturbação de vinculação

- ∞ Contexto adverso na família de origem;
- ∞ Antecedentes psiquiátricos dos pais, especialmente da mãe;
- ∞ Antecedentes obstétricos (Abortos espontâneos ou interrupções voluntárias da gravidez; partos prematuros; morte fetal; malformações ou patologias; gravidez anterior não vigiada ou com situações obstétricas de risco);
- ∞ Contexto sociofamiliar adverso
 - ✓ Stress laboral;
 - ✓ Isolamento social; ausência de suporte familiar;
 - ✓ Gravidez na adolescência; relação conjugal perturbada.
- ∞ Gravidez atual
 - ✓ Gravidez não planeada, não desejada, não aceite
 - ✓ Ausência de projetos ou de preparação para o parto;
 - ✓ Expectativas negativas em relação ao parto e ao bebé;
 - ✓ Patologia psiquiátrica (depressão, abuso de substâncias; descompensação psicótica)
 - ✓ Gravidez de alto risco
 - ✓ Malformações do bebé detetadas durante a gravidez

- ✓ Morte de figura de referência durante a gravidez
- ∞ Problemas com o bebé
 - ✓ Período neonatal (malformações, prematuridade, internamento numa unidade de cuidados intensivos neonatais);
 - ✓ Após a alta (Perturbações alimentares e do sono; perturbações regulatórias; bebé com temperamento difícil; bebé com patologia somática crónica ou recorrente, com atraso de desenvolvimento ou necessidades especiais).

Como é evidente, os fatores de risco não constituem, *per si*, um método diagnóstico, sendo importante um trabalho de estratificação como instrumento de triagem em termos de gravidade da situação. Ainda assim, a evidência alerta para crianças que constituem grupos de risco:

- ∞ Filhos de mães adolescentes;
- ∞ Crianças expostas a violência familiar;
- ∞ Crianças com doenças crónicas;
- ∞ Crianças prematuras;
- ∞ Crianças com malformações ou doenças genéticas.

Objetivo 3 – Compreender o impacto do estado de saúde mental na autoperceção da vinculação com os filhos.

Na presença de uma estrutura psicopatológica, e de acordo com a definição adoptada de saúde mental, importa compreender o nível de bem-estar da pessoa. Assim, na presença de um diagnóstico médico de doença psiquiátrica, mas com a pessoa em bom estado de saúde mental, não parecem existir diferenças significativas face à perceção de vinculação com os filhos, comparativamente com a restante população.

As pessoas com doença psiquiátrica estão expostas a fatores que aumentam o risco de alterações na interação precoce, e conseqüentemente, na vinculação com os filhos, e no modo como encaram esta relação – gravidez não planeada e não desejada; compromisso do apoio familiar e social; relações conjugais desfavoráveis; susceptibilidade e vulnerabilidade aumentada; diminuição da resiliência.

Em situações de doença mental, com alterações do *insight* e da crítica aos comportamentos individuais, identificam-se dificuldades na perceção da

vinculação que se estabelece com os filhos, com autoperceção sobrevalorizada, desvalorizada ou inadequada – em que existe parentalização dos filhos, com responsabilização destes pelos pais, e procura inadequada de suporte e carinho nos filhos.

Na primeira situação – identificada na cliente que acompanhei – a interação diádica é descrita como positiva, sem capacidade de elaborar sobre este conceito, com contactos esporádicos, descritos como frequentes, com pouca crítica face aos comportamentos e desresponsabilização das interações. Verifica-se valorização positiva dos comportamentos interativos intrusivos. Não obstante o carinho que nutre pelo filho, verifica-se dificuldade em gerir as duas dimensões do processo interativo: afeto e controlo. A inconstância de respostas à criança, é também descrita como pólos desejáveis da maternidade.

Denota-se a alteração da perceção quando, em fase de resolução de doença, apresenta crítica parcial aos comportamentos, no entanto, num processo individual de procura de identidade, com autoperceção ainda em desenvolvimento e compromisso de bem-estar, a disponibilidade para a interação mantém-se comprometida.

Na presença de quadro clínico de depressão, associado a pouca disponibilidade emocional, com os recursos centrados na resolução das suas dificuldades, as mães são dominadas por sentimentos de menos valia, com perceção negativa das suas características e capacidades. O comportamento das mães com depressão é definido como oscilante entre passividade e indiferença, rejeição e intrusividade; nota-se uma atitude hostil e de crítica; apresentam pouca sensibilidade relativamente à importância atribuída às necessidades e realidade da criança, não sintonizando o seu comportamento com as necessidades do bebé; e descrevem o bebé em termos negativos e antagónicos (Figueiredo, 2001; Martins, 2012).

Complementando, de acordo com Figueiredo (2001), a mãe com perturbação psicótica pode caracterizar-se por expressão emocional fraca e por poucas iniciativas de contacto relativamente ao seu bebé. Os filhos das mulheres com alguma perturbação psicótica, por sua vez, poderão estar sujeitos a ambivalência afetiva e a condutas desajustadas, alternando entre momentos de procura de contacto intensivo e momentos de alheamento das

mães em relação a si. Podem ainda, ocorrer momentos de estimulação paradoxal em que são submetidos a mensagens de valores contraditórios.

Diversos estudos demonstram que as condutas desadequadas das mães com perturbação psicótica são consequência da sua diminuta capacidade introspetiva e da sua dificuldade de integrar o bebé na sua realidade, com intenções diferentes das suas (Martins, 2012).

No decurso de um trabalho de investigação para desenvolvimento de um modelo teórico explicativo do comportamento de mães em programa de metadona, Mateus (2013) identificou a principal preocupação materna: ambivalência em relação à gravidez/maternidade e à toxicodependência, relacionada com forte culpabilização, tornando-se evidente um processo de minimização do papel parental, que se torna meramente funcional. Além disso, a rede de apoio das mães com comportamentos adictos, é mais alargada no final da gravidez, diminuindo a partir dos seis meses de idade da criança, assim como o apoio do companheiro. Verifica-se diferença significativa comparativamente com as redes de apoio das mães não toxicodependentes, o que se reflete no aumento dos comportamentos interativos diretivos e intrusivos na relação mãe-filho e na diminuição da auto-percepção de competência parental, das primeiras.

A conclusão destes objetivos permite dar resposta à questão norteadora deste trabalho: **Quais os sinais que predizem um processo de vinculação insegura?**

Não são especificados os tipos de vinculação insegura, pois o objetivo é promover a interação precoce, e reconhecer sinais que alertem para perturbações no processo de vinculação, não sendo importante a identificação do tipo de vinculação mas sim a existência de condicionantes ao processo – sendo nessas condicionantes que iremos atuar. Existem sinais tanto na interação diádica, como no comportamento individual da mãe e seu filho que nos alertam para a presença de processo de vinculação insegura:

- ∞ Acentuada descontinuidade nos cuidados
- ∞ Discurso materno centrado nas dificuldades
- ∞ Comportamentos maternos:
 - ✓ Indisponibilidade, não responsividade ou rejeição

- ✓ Responsividade de modo inconsistente ou imprevisível
- ✓ Em situações extremas comportamentos abusivos ou negligentes
- ✓ Respostas ao comportamento do bebé ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas
- ∞ Comportamentos no bebé/Criança – *estes sinais não são observáveis no período neonatal, surgindo no lactente e criança pequena.*
 - ✓ Ausência de reação face à separação;
 - ✓ Ausência de festejo após o reencontro, ignorando ou evitando a figura de cuidados;
 - ✓ Ausência de procura de proximidade ou manutenção do contacto com a figura de cuidados;
 - ✓ Perturbação ou inquietude aquando da separação;
 - ✓ Difícil de acalmar após reencontro, podendo mostrar-se zangado;
 - ✓ Dificuldade em explorar o meio circundante;
 - ✓ Pausas súbitas, com olhar alheado ou assustado;
 - ✓ Afasta-se do dador de cuidados quando perturbado ou ansioso;
 - ✓ Esconde-se após separação;
 - ✓ Mostra-se confuso e assustado após o encontro;
 - ✓ Evita fortemente e mostra ambivalência ou resistência face à figura de cuidados.

7. PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO PRECOCE NUMA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Ter um filho prematuro é: "...aprender que as coisas não são ao nosso modo nem ao nosso tempo. Suportar a ausência no ventre e nos braços. Adiar milhões de beijos e abraços. Comemorar cada grama, cada segundo..." (testemunho de mãe prematura)

As unidades de neonatologia constituem-se espaços especializados, com um ambiente de cuidados desafiante para os diversos intervenientes. Canavarro (2001, p. 236) refere "o início de vida neste ambiente tão artificial é difícil e problemático para todos os parceiros envolvidos". Assim, verifica-se um contraste entre a fragilidade do recém-nascido, das inseguranças e medos dos seus pais, com a hostilidade de todo o equipamento, sendo que, a essência dos cuidados neste contexto, passa por "apagar" as barreiras existentes entre pais e o seu filho.

Quando deparados com um filho prematuro, ou gravemente doente, o bebé imaginado, sonhado e desejado, é abruptamente retirado aos pais. Como algumas mães referem "*são privadas de ser mães na sua plenitude*". Já não estão ligados pelo cordão umbilical, estão "*separados pelas portas da incubadora*".

A promoção da aproximação entre mãe e filho, constitui-se um dos desafios mais interessantes para a prática de enfermagem, estando o enfermeiro "numa posição privilegiada para ajudar os pais a interagirem com o seu filho, a avaliar as suas necessidades e as características do seu comportamento, bem como para informar, instruir, treinar e supervisionar os cuidados que prestam" (Albuquerque, Coimbra, Grilo & Camarinho, 2009, p.17). Assim,

Importa compreender e valorizar a relação com os pais, utilizar o comportamento da criança como linguagem, reconhecer aquilo que se traz para a interação, estar disponível para discutir assuntos que vão para além do nosso papel tradicional, aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental, focalizar a paixão onde a encontramos, valorizar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades, compreender que os pais são peritos nos seus filhos (OE, 2015, p.21).

Os estudos realizados sobre as práticas de **cuidados centrados na família (CCF)**¹¹ têm feito referência à importância da identificação das necessidades

¹¹ Política de cuidados em pediatria, defendida pela OE (2015), considerando-se que os resultados em saúde são mais facilmente atingidos quando as famílias são envolvidas nos cuidados e o serviço de

dos pais, com resultados transversais que apontam para a necessidade de informação seguida na necessidade de confiança, tanto dos pais nos profissionais, como dos profissionais nos pais (Watts, Zhou, Shieds, Taylor, Munns & Ngune, 2014; OE, 2015). “Os pais experimentam durante a hospitalização a falta de informação, a não negociação do seu papel (...) e sentimentos de grande ansiedade e isolamento” (OE, 2015, p.25).

No decorrer de 2015 foi realizado um estudo de investigação na UCIN onde trabalho, com o objetivo de “Analisar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem, enquanto ferramenta e indicador de qualidade na UCIENP, utilizando a Nurse Parent Support Tool (NPST). Contributo Adaptação Intercultural do Instrumento (Valadão, 2012) – *Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais*.

A NPST (Anexo 1) foi implementada com a finalidade de avaliar a percepção dos pais sobre os cuidados de enfermagem, cujos resultados são utilizados como indicador de qualidade específico da UCIENP. A análise e apresentação dos resultados teve como objetivo aumentar a satisfação parental com os cuidados de enfermagem. Não obstante os resultados serem muito positivos, existem pontos a melhorar, principalmente a nível do apoio informativo. Os pais solicitam elementos essenciais dos CCF e Negociação dos Cuidados¹².

Outro dado importante a reter deste estudo, é o aumento da percepção de apoio por parte dos pais, após momento de reflexão com a equipa, o que alerta para a importância de refletir em equipa sobre o apoio fornecido e identificar estratégias conjuntas com vista a melhorar a qualidade das práticas.

Também Costa, Arantes & Brito (2010), consideram que a **informação e a comunicação efetiva** se assumem como primordiais no modo como as mães encaram a UCIN e o ambiente de cuidados. As autoras verificaram que quando as mães conhecem a condição de saúde do RN, e compreendem a sua necessidade de cuidados, alteram a sua óptica da UCIN, passando a encará-la como o ambiente ideal para o seu bebé.

saúde apoia a capacidade da família para esse envolvimento. Assim, são asseguradas as necessidades emocionais e de desenvolvimento de uma criança e o bem-estar da família (Watts *et al*, 2014).

¹² Informação, consciência das suas necessidades, colaboração nos cuidados e inclusão na tomada de decisão.

Durante a hospitalização de um bebê na UCIN, considerando a necessidade de separação do seu bebê logo após o nascimento, os sentimentos vivenciados pelas mães são expressos por medo, culpa, insegurança, tristeza e dor (Costa *et al*, 2010). No decurso do estudo de natureza exploratória que desenvolveram, as autoras encontraram como necessidades essenciais ao bem estar materno a busca constante de informação e conhecimentos sobre o estado do bebê, sobre a organização da UCIN e da equipa de saúde.

Num estudo realizado sobre as situações vivenciadas pelos pais de RN em cuidados intensivos, verificou-se que os pais percebem a hospitalização do bebê como uma experiência inesperada que pode desencadear reação de choque, incredulidade, sofrimento e profunda tristeza, sendo os laços afetivos entre pais e filhos quase sempre comprometidos em razão do longo período de internamento, condições clínicas da mãe e da própria criança e das rotinas impostas pela instituição (Tronchim & Tsunehiro, 2006 citados por Costa *et al*, 2010).

O reconhecimento pela equipa da importância de favorecer a interação precoce e de estabelecer “um contacto humanizado com os pais” (Costa *et al*, 2010, p. 701) assume um papel preponderante, na evicção dos obstáculos à formação do vínculo mãe-bebê – as normas, rotinas e restrições vigentes num ambiente desconhecido¹³.

É importante refletir sobre o modo como as informações são transmitidas, desde o bloco de partos, alertando para os contributos da programação neurolinguística. Muitas das mães são “preparadas” para a não sobrevivência dos filhos, ou para a inevitabilidade de sequelas graves, originando um processo de “desinvestimento emocional” naquela relação diádica. Não obstante a importância de que as pessoas tomem decisões conscientes, e estejam na posse da informação completa, o fato é que se criam clivagens.

O processo pode iniciar-se com limitações, sendo relatada frequentemente uma experiência marcante na obstetrícia, referindo a partilha do quarto com

¹³ Os fatores que influenciam a intervenção do enfermeiro a nível da promoção da interação precoce são: a formação contínua, experiência profissional na área, a tomada de decisão na organização de cuidados – ajustando os cuidados com vista a maior dedicação à díade. Como fatores limitativos foram encontrados: a dificuldade de aplicação dos conhecimentos à prática diária – parecendo esta lacuna derivar de défice na formação contínua – e a falta de motivação para a promoção da interação precoce na díade como foco de atenção dos cuidados de enfermagem (Albuquerque *et al*, 2009).

díades mãe-bebê, sendo expostas à experiência de maternidade da qual se sentem privadas. Foi realizada uma reunião com dois enfermeiros da obstetrícia, ficando programada reflexão sobre estratégias para colmatar este aspeto.

De acordo com a experiência relatada por algumas das mães, o uso de palavras depreciativas: *“portou-se mal!”*; *“É um mau-feitio!”* – muitas vezes com a intenção de aligeirar o ambiente – e a utilização de um discurso paternalista e condescendente: *“Final é mãe ou enfermeira? Não se preocupe com essas coisas!”* é desagradável e fica impresso na sua memória – pelo que gostaria de discutir em equipa um conjunto de **palavras/frases proibidas**, com os contributos da programação neurolinguística¹⁴.

As vivências devem ser compreendidas como únicas, individuais, e intensas: *“Não imagina a dor de ter um filho prematuro, não digam que imaginam porque não é possível. Por muitas mães que conheçam e por muito que tentem, nunca vão compreender...”*.

Cassandra Degl, mãe de uma bebé prematura de 23 semanas dá o seu testemunho sobre a importância de um **diário na sua experiência de maternidade** (Anexo 4), referindo *“um jornal NICU é uma maneira fácil de manter o controle de saúde do seu bebé, permitindo-lhe o poder de participar na tomada de decisões de cuidados de saúde mais informadas com a equipa médica do seu bebé”*. As pesquisas mostram que a escrita expressiva pode ser utilizado como um agente terapêutico. Escrever sobre eventos traumáticos, stressantes e estados emocionais, resulta em melhorias na saúde física e psicológica. Além disso, com o registo de evolução do seu bebé, as mães consegue perspetivar as conquistas e a resolução das dificuldades, encarando o futuro de modo mais positivo.

De acordo com Charepe (2014), a intervenção junto de pais de **crianças com doença crónica** foca-se na promoção da esperança, com valorização das competências parentais, celebração das conquistas de todas crianças, independentemente da sua amplitude, e desenvolvimento de estratégias.

¹⁴ Modelo desenvolvido por Bandler & Grinder, baseado no pressuposto de que mente, corpo e linguagem interagem na percepção que cada indivíduo tem do mundo. Esta percepção pode ser alterada pela aplicação de técnicas de modelagem, com utilização de linguagem que condicione esta leitura (O'Connor, 2003).

Charepe, no seu programa de intervenção em grupo de ajuda mútua, realça a importância da realização de *um diário da esperança*, com inclusão de fotografias, reflexões e experiências importantes para os pais.

Uma das suas propostas de intervenção passa pela reflexão sobre uma história temática, onde se aborda a temática da diferença. Assim, no contexto na UCIN, o diário entregue aos pais das crianças com doença crónica, inclui, em jeito de introdução – no sentido de proporcionar a reflexão conjunta e o sentido de compreensão da dificuldade da sua vivência – a história *Viagem à Holanda*, de Emily Knisley (Anexo 5).

Num serviço de Neonatologia quando abordamos um RN, encaramos a sua família, vemos um bebé, fruto de uma gravidez planeada ou não planeada, desejada ou não desejada; estamos perante o primeiro, segundo, terceiro filho de um casal; nível de coesão familiar, sendo aspetos a considerar no planeamento das intervenções. Mesmo quando o bebé não tem nenhum elemento de referência, por exemplo, nos bebés que estão no serviço porque irão ser adotados devemos cuidar considerando a formação de um sistema de segurança interno – através da atribuição de elementos de referência, que cuidam daquele bebé de modo privilegiado –, e o desenvolvimento futuro – preparando um **diário do bebé** (álbum de fotografias, diário das atividades e características específicas de cada um), para facilitar o desenvolvimento da sua identidade e o processo de vinculação com a sua futura família.

A intervenção junto da díade passa por **reconhecer, e amplificar as competências do bebé**, junto dos pais, aumentando a sua esperança no futuro e a sua fé nas suas competências parentais, reconhecendo as interpretações subjetivas da sua relação com os filhos, a que Brazelton & Cramer (1989), denominam de *interações imaginárias*. Estas dependem das fantasias construídas em volta de si próprios, dos parentes, dos seus medos e crenças, com origem na sua própria infância.

O nosso papel é de facilitar as transições: favorecer contato com grupos de apoio, para conhecer realidades similares; capacitar os pais através do conhecimento, do envolvimento nos cuidados – aumentando gradualmente a sua confiança e autonomia. Concretizando começamos com estimulação da

presença junto do bebé, colaboração nos cuidados através de contenção manual, realçando o efeito positivo deste procedimento no filho, reforço positivo e estimulação no processo de aleitamento. Gradualmente, conforme estabilidade do bebé, iniciamos método pais/canguru, e participação cada vez mais ativa nos cuidados, sendo, numa fase final, os cuidadores principais.

Numa vivência diária fundamentalmente sensorial importa fornecer ao RN estímulos positivos que o ajudem a integrar a qualidade da relação diádica, inscrevendo na sua mente memórias positivas, e organizando-se em torno destas vivências positivas. A relação diádica é pautada pelo uso dos sentidos, devendo estes ser promovidos, geridos de acordo com as características do bebé, e ensinados aos pais para que, numa atitude sensível e responsiva, conheçam o seu filho e o modo como, em segurança, podem consolar, estimular e transmitir amor ao seu filho.

- Toque – contenção manual. De acordo com Faure & Richardson (2004), o desenvolvimento emocional está intimamente ligado ao sentido do tacto, necessitando que a mãe regule o seu mundo táctil.
- Propriocepção – limitar movimentos extensores, proporcionando o desenvolvimento de autopercepção corporal, como um mapa interno do seu próprio corpo.
- Vestibular – manipular o bebé, com movimentos suaves, permitindo o restabelecimento do equilíbrio entre cada movimento.
- Cheiro – evitar perfumes fortes. Se possível leve fragrância de baunilha (estudos comprovam a sua eficácia no conforto de bebés prematuros, com efeitos a nível fisiológico, aumentando estabilidade hemodinâmica). Neste contexto, os “*paninhos*” atuam como objetos de vinculação transacionais, com duplo sentido (o bebé fica com um *paninho* com cheiro da mãe, e a mãe tem junto de si, por exemplo, quando extrai leite, um com o cheiro do bebé). Este paninho fica à responsabilidade dos pais, tratando da sua higienização, potenciando o seu envolvimento nos cuidados, e promovendo a sua responsabilização por uma vertente da vida dos seus filhos.
- Paladar – minimizar o impacto negativo das constantes agressões a nível oral, através da utilização de leite materno, em pequenas gotas na

chucha, ou quando ainda sem competências de sucção, ou ventilação invasiva, higiene oral com cotonete embebido em leite materno.

- Audição – tom de voz mais grave, sereno, utilizando os momentos de vigília tranquila; utilização dos chhsss

- Visão – só estabelecida a partir das 40 semanas de Idade Gestacional, devendo ser protegida da luz, pela ausência de reflexo pupilar até às 34 semanas. Providenciar “tendinhas” com flanelas quando ao colo/canguru.

Uma das estratégias promotoras da formação do vínculo entre pais e crianças prematuras, é a utilização do **método Mãe-canguru**. É importante o reconhecimento dos fatores promotores – adequada preparação pré-natal, acolhimento ao nascimento, e participação ativa na rotina diária da unidade – e dos fatores que podem interferir com a adesão ao método – ambiguidade de sentimentos, falta de compreensão sobre a imaturidade do filho e complexidade das demandas de cuidados ao bebé, sendo o enfermeiro identificado como o elemento que articula e orienta neste processo (Guimarães & Monticelli, 2007). Este momento é descrito pelas mães com *“misto de emoções”*; *“foi como se tivesse ido ao céu e voltado, uma alegria tão grande”*; *“recuperei o que era meu”*; *“senti-me a pessoa mais importante do mundo porque ela acalmou, deu-me super poderes de mãe”*.

A **amamentação** é um tema a ser tratado com particular atenção, podendo ser fator de bem estar, ou ser gerador de ansiedade, pelo que a adequação a cada díade deve ditar o investimento e o discurso da equipa de saúde. Se para algumas mães, amamentar um filho prematuro transcende a componente alimentar, *“funciona como alimento emocional”*, *“é amor em forma líquida, conseguido com esforço, lágrimas, suor e mesmo sangue”*, que gera satisfação e sentimento de realização – *“fui capaz”*. *“Quando a mãe de um prematuro consegue amamentar, a sensação de realização pessoal é enorme, porque o seu investimento foi sobrenatural”*. Para outras foi sentido como um fracasso, e o investimento da equipa de saúde nesta temática foi encarado como fator gerador de ansiedade, sentindo culpabilização na sua decisão ou incapacidade de amamentar *“já não podia ouvir falar de amamentação”*; *“estava cansada, triste e tinha vergonha de dizer que já não queria mais”*; *“parecia que por não querer continuar não gostava da minha filha”*.

Com uma abordagem de cuidados centrados na família, numa atitude de valorização de sentimentos e emoções, respeitando e aceitando as diferenças individuais de cada família, a intervenção mantém-se centrada no desenvolvimento parental dos pais, e no suporte ao bem estar materno, com as intervenções programadas para ser desenvolvidas *à cabeceira*, junto da díade, com recursos de apoio emocional, tanto através do grupo de autoajuda a mães de bebés prematuros – grupo de pais XXS¹⁵ –, como por referenciação a psicologia¹⁶.

¹⁵ XXS é uma associação de pais de bebés prematuros, fundada em 2008, cuja missão é apoiar bebés prematuros e seus pais, intervindo junto dos pais, profissionais de saúde e entidades reguladoras da saúde. Entre as diversas atividades desenvolvidas, a XXS apoia a criação de grupos de apoio a pais nas unidades de neonatologia, em colaboração com os profissionais do serviço. Sendo necessário grande investimento da equipa para iniciar o grupo, pretende-se que, a longo prazo, o grupo se autonomize, constituindo um recurso valioso para estas famílias.

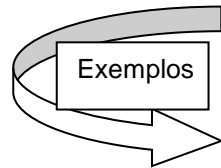
¹⁶ A equipa multidisciplinar da UCIN integra uma psicóloga clínica, na área de desenvolvimento infantil, que desenvolve intervenções duais com os pais das crianças internadas, sempre que assim o desejem.

7.2. Procedimento para promoção da interação precoce

Bloco de partos	<p>Apresentar-se aos pais</p> <p>Proporcionar – sempre que a estabilidade do RN o permita – contacto do bebé com a mãe.</p>
Acolhimento ao pai	<p>Felicitar</p> <p>Demonstrar postura empática, aceitando e compreendendo o comportamento do pai</p> <p>Incluir no acolhimento informação adequada sobre equipamentos e regras da unidade, incluindo as questões relacionadas com o suporte familiar durante o internamento</p> <p>Assegurar o respeito pelos desejos dos pais – começando com o nome dado à criança</p> <p>Informação simples e clara sobre o RN</p> <p>Realçar as características do bebé (por exemplo, tamanho, vitalidade, de modo positivo – menos “<i>é uma refilona</i>” e mais “<i>está cheia de vida</i>”)</p> <p>Esclarecer dúvidas</p>
Visita à Mãe	<p>O mais precoce possível</p> <p>Acompanhar-se de fotografias</p> <p>Demonstrar atitude de compreensão empática</p> <p>Informação simples e clara sobre o RN, incluindo espaço para esclarecer dúvidas</p> <p>Abordar amamentação</p> <p>Manter visitas periódicas sempre que o estado da mãe não permita o levante e deslocamento à UCIN</p> <p>Se o estado do bebé permitiu, e o serviço onde a mãe se encontra reunir condições para isso, levar o RN junto da mãe, por períodos</p> <p>Iniciar diário do bebé</p>

Capacitação
papel parental

- Identificar e amplificar as competências relacionais do RN, em especial do RNPT
- Possibilitar e incentivar o registo das vivências em diário
- Utilizar o diário para registos das características do RN, como preferências de posicionamento
- Celebrar as vitórias (primeiro colo, primeiro leite, primeiro dia sem ventilação, primeira semana (...)
primeira vez á mama...)
 - ↳ Fornecer autocolantes
 - ↳ Participar nos registos no diário do bebé
- Celebrar datas especiais e festividades (Dia da prematuridade, Natal, dia do pai, dia da mãe)
- Proporcionar aos pais oportunidade de olharem, segurarem e acarinharem o RN, dando *feedback* sobre o efeito da sua presença no bebé
- Estimular a comunicação verbal e não verbal
- Incentivar a contenção manual durante procedimentos
- Realização de contacto pele-a-pele ou método mãe-canguru precocemente, e sempre que possível
- Avaliar interação precoce
 - ↳ Em situações de dificuldade acrescida na interação, implementar estratégias adaptadas à díade, que promovam a relação positiva



Exemplos

- Mudanças no ambiente (desenho na incubadora, colocação de fotografia na unidade do RN, idas ao exterior...)
- Alteração no vestuário do RN (roupa diferente, gorro ou meias coloridas, “lacinho” no cabelo...)
- Providenciar mediadores da relação (livro de histórias para ler ao bebé, música ambiente...)



<p>Capacitação papel parental (Continuação)</p>	<p>Parceria de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none">↳ Capacitar os pais para os cuidados, proporcionando-lhes autonomia crescente – “<i>devolvendo-lhes</i>” o seu filho↳ Ensinar sobre competências do RN para a interação (toque, contacto visual, voz, cheiro, bioritmo)↳ Ensinar sobre estádios de consciência, e alternância de sono e repouso↳ Discutir e planear cuidados com os pais↳ Comunicação eficaz, precisa e atualizada, com atenção à linguagem, evitando expressões como “<i>portou-se mal</i>”, “<i>fez umas asneiras</i>” <p>Medidas de suporte emocional e psicológico aos pais</p> <p>Identificar precocemente sinais de stress por parte dos pais</p> <p>Em situações de doença crónica promover reunião com pais com experiências similares</p>
<p>Gestão de cuidados ao RN</p>	<p>Utilizar objetos de vinculação transitórios – como “<i>paninho</i>” com o cheiro da mãe</p> <p>Procedimento cuidados ao recém-nascido muito baixo peso (Anexo 6)</p> <p>Minimização do impacto das manobras invasivas</p> <ul style="list-style-type: none">↳ Proporcionar tempo de recuperação entre procedimentos↳ Realização de higiene oral com cotonete embebido em leite materno↳ Proporcionar contenção manual durante procedimentos ou realizar no colo da mãe, especialmente se invasivos e dolorosos
<p>RN para adopção</p>	<p>Iniciar diário do bebé, com registo de características individuais, fotografias de momentos importantes</p> <p>Providenciar caixa de “recordações”</p> <ul style="list-style-type: none">↳ Incluir cartão de nascimento, coto umbilical mumificado... <p>Privilegiar prestação de cuidados pelos mesmos elementos</p> <p>Assegurar cuidados, de modo prazeroso</p> <p>Priorizar as suas necessidades de cuidados, respondendo às demandas do RN</p>

8. CONCLUSÃO

A saúde mental é um conceito amplo, multideterminado, em que o indivíduo ao longo do ciclo vital utiliza as suas capacidades para se adaptar aos acontecimentos de vida, ser produtivo e contribuir para a comunidade onde se insere, posicionando-se num *continuum* de saúde-doença de acordo com os seus níveis de bem estar. É unânime o impacto que a doença mental tem nos indivíduos, famílias e na sociedade, sendo a promoção da saúde mental desde a gravidez e primeira infância uma prioridade de investimento por parte dos profissionais de saúde e da comunidade.

A **promoção da saúde mental** pode operacionalizar-se através da promoção de experiências de vinculação satisfatórias e securizantes, que permitam o desenvolvimento de um sistema de segurança interna ao longo do desenvolvimento cognitivo e emocional. Este processo inicia-se na gravidez e primeira infância, com investimento na **saúde mental materna**, que, considerando a capacidade individual de responder aos desafios que a maternidade impõe, influencia o apego, as interações diádicas, e consequentemente, a vinculação mãe-bebé.

Entre os **fatores de risco** para perturbação de vinculação destaca-se o internamento do bebé na UCIN, tanto pelos motivos de que originam este internamento – prematuridade, malformações congénitas e doenças crónicas, e bebés originários de famílias com risco de disfunção familiar grave – como pelo ambiente de cuidados especializado, com repercussões na interação diádica precoce.

Neste contexto, o **EESMP** tem um papel preponderante na promoção de um processo de vinculação seguro, do qual a qualidade da interação precoce constitui a base de sustentação, através da avaliação da interação precoce com despiste de sinais de alarme, implementação de intervenções de enfermagem promotoras da interação precoce e de intervenções de âmbito psicoterapêutico duais, assim como colaboração na formação de grupo de apoio de pais de bebés prematuros, e dinamização de grupo de mães e bebés após a alta.

Foram realizados estágios em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – contexto comunitário e hospitalar – que permitiram o desenvolvimento de

competências de EESMP preconizados pela OE em paralelismo com a obtenção de respostas aos objetivos para o desenvolvimento e concretização do **projeto de intervenção** na área da minha prática clínica – a UCIN.

O **estágio na UPI** permitiu o desenvolvimento de competências na avaliação da interação diádica, com identificação de sinais de vinculação insegura, fatores de risco acrescido para perturbação de vinculação e observação de comportamentos interativos maternos. Além disso, o modelo de modelo de intervenção adequado a cada criança e sua família possibilitou a reflexão sobre a adaptação do projeto de intervenção para o meu contexto de prática, mantendo a política de CCF.

Durante este estágio, observei que a frustração gerada pelas dificuldades com a maternidade se pode apresentar sobre forma de zanga com os filhos, enquanto no meu contexto, a zanga se dirige, tendencialmente, aos profissionais. Do mesmo modo, que as mães podem experimentar sentimentos de ambivalência no seu papel – por um lado amam os seus filhos, por outro pode ser um papel sentido como difícil – na UCIN esta ambivalência pode fazer-se sentir face aos profissionais – por um lado “*salvam e cuidam*” dos seus filhos, por outro constituem a barreira para que possam eles próprios cuidar. Parece que nos profissionais, pela presença constante em todos os momentos, se personificam as dificuldades inerentes aos longos internamentos. As mães transferem e projetam nos profissionais a zanga e frustração, da sua tristeza e cansaço – parecendo o fato de não terem tido oportunidade de serem pais na sua plenitude ser condicionante desta transferência.

A adaptação à maternidade constitui uma vivência individual ditada por fatores complexos e a **participação no grupo de mães e bebés** enfatizou a importância de grupos de pares e o papel das dinâmicas de grupo na adaptação à maternidade. Apesar de não ser possível prever o modo como cada díade se adapta à nova realidade, a experiência da UPI associada à identificação de fatores de risco conduz à dedução de que a formação de um grupo de apoio na UCIN se assume como prioritária.

O estágio no serviço de **internamento de psiquiatria** possibilitou o treino de competências de intervenção de âmbito psicoterapêutico, contribuindo para o desenvolvimento de relações terapêuticas com as mães de bebés internados

na UCIN, obtendo ainda dados importantes para a compreensão da vivência da maternidade em contexto de doença mental.

O foco de intervenção na pessoa com doença mental, diferente da minha prática profissional contribuiu de modo significativo para o **autoconhecimento**. As dificuldades sentidas em cuidar de pessoas com doença mental – mantendo a empatia pelo intenso sofrimento manifestado da sua vivência e reconhecendo os processos de transferência face ao contacto com este sofrimento – originaram um processo de reflexão contínuo. Encarar e compreender a doença mental, o sofrimento que pode impor às pessoas e suas famílias, proporcionou o confronto com os meus limites pessoais e limitações profissionais, e sendo difícil, contribui grandemente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

As entrevistas a mães de bebés prematuros anteriormente internados na UCIN, permitiu a adequação do projeto de intervenção às necessidades expressas, de acordo com as suas vivências individuais num contexto comum e partilhado.

O projeto de implementação de **intervenções de enfermagem que promovem a interação precoce na UCIN** apresenta como ponto de partida e pilar fundamental a formação em equipa – desde o planeamento até à avaliação com registos adequados – como um fator determinante para a eficácia desta.

A promoção da interação precoce na UCIN tem como base a política de CCF, com enfoque na capacitação para o papel parental – ensinando e treinando competências de cuidados funcionais ao filho, para assegurar as suas necessidades de cuidados; reconhecendo e amplificando as competências relacionais do RN, para estimular o desenvolvimento de competências de observação e identificação das necessidades relacionais do bebé; e minimizando barreiras ao estabelecimento da interação, com a gestão de cuidados centrados na família, e utilização de estratégias como método mãe-canguru –, e no apoio ao desenvolvimento harmonioso do papel parental, com suporte à consecução do papel maternal, com intervenções de âmbito psicoterapêutico duais e referenciação para grupos de apoio.

Como recurso terapêutico de apoio e suporte à consecução do papel maternal, proponho a utilização do **diário do bebé**, nas vertentes diário do bebé prematuro; diário da *Viagem à Holanda* [bebé com doença congénita ou malformação]; e diário do bebé adoptado/a aguardar resolução social – que pretende facilitar esse processo de transição com a sua futura família.

A identificação de fatores de risco e registo dos sinais de compromisso da interação precoce, permitirá, numa fase posterior, a elaboração de um documento de avaliação de risco de perturbação de vinculação – um algoritmo de estratificação de risco.

Os relatos das mães denotam sentimento de solidão após a alta, identificando a importância de manutenção de contacto com as pessoas que as apoiaram no internamento – tanto profissionais como outras mães. O relatório de atividades da *Unidade Móvel de Apoio Domiciliário* referente a 2015 enfoca as dificuldades na adaptação à maternidade, com verbalização de isolamento social secundário às necessidades de cuidados de um filho prematuro e/ou com doença. Além disso, grande parte das mães referem reviver de modo constante as lembranças do internamento dos filhos, por exemplo, assustando-se com alarmes de eletrodomésticos. A evidência científica suporta estes dados, referindo critérios de SPT nos meses subsequentes ao parto, com predomínio em situações de risco de vida da criança.

Futuramente, pretendo desenvolver um projeto no suporte ao papel maternal, após a alta, com o desenvolvimento de um grupo mães e bebés, inserido na *Unidade Móvel de Apoio Domiciliário*, do serviço.

Não poderia concluir este relatório e projeto de intervenção sem refletir conjuntamente com a equipa: prestamos CCF e como daremos **visibilidade** a estes cuidados? A conceção que temos [os enfermeiros] sobre a nossa profissão é visível para os elementos da equipa multidisciplinar e para a comunidade, através da comunicação oral e escrita, estando as etapas que concernem ao cuidados registadas no processo numa linguagem clara que a reflete. Esta visibilidade inicia-se com registos de enfermagem, de forma completa e clara, com enfoque nas intervenções autónomas, e na resposta do cliente à sua implementação, sendo visíveis os resultados obtidos. Assim, poderemos evoluir para a fase seguinte, com análise de resultados que

permitam a formulação de indicadores de qualidade, baseados numa linguagem codificada e padronizada.

Foram assegurados os **princípios deontológicos e éticos** descritos no Código Deontológico de Enfermagem e no Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros. A proteção do anonimato e a confidencialidade dos dados foram asseguradas pela eviçãõ de elementos identificadores e utilização de nomes fictícios nos registos de interação e estudo de caso. Para utilização da partilha das vivências das mães entrevistadas, obteve-se o consentimento verbal, sendo informadas sobre a natureza da pesquisa e da utilização dos dados.

A grande dificuldade do desenvolvimento deste trabalho prendeu-se com limitações temporais, e com o fato de me propor a desenvolver competências de EESMP, sem partir previamente de um nível de perícia que suportasse esse desenvolvimento. Contudo, com investimento pessoal, e apoio incomensurável por parte das enfermeiras e do professor orientador, considero que desenvolvi as competências definidas pela OE.

Consciente do percurso realizado, e da imensidão do projeto a que me proponho, considero que devo continuar o percurso formativo, no sentido de continuar o desenvolvimento de competências no suporte ao papel maternal.

Este trabalho tem implicações para as diversas áreas de desenvolvimento em enfermagem: na **prática clínica** através da realização de procedimentos que estruturam a intervenção no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença mental; na **formação** contínua no contexto de cuidados; na **gestão** favorecendo a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem; e na **investigação** como ponto de partida para compreender a realidade do contexto e identificar necessidades desta população em cuidados de enfermagem.

9. BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, C. (2009). *Comportamentos Interactivos Maternos e Envolvimento da Criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ahlund, S., Clarke, P., Hill, J., Thalange, N. (2009). Sintomas de stress pós-traumático em mães de recém-nascidos muito baixo peso, aos 2-3 anos após o parto. *Archives of Women's Mental Health*, 12 (4), 261-264.
- Albuquerque, M., Coimbra, M., Grilo, A. & Camarneiro, A. (2009). Intervenção de Enfermeiro na promoção da interacção mãe-bebé. *Referência*, II Série, 9, 15-26.
- Alves, C. (2012). *Díades em Saúde Mental: Estudo da resiliência, qualidade de vida, sintomatologia psicopatológica, ajustamento diádico e vinculação*. (Tese de mestrado). Faculdade de Psicologia, Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de século.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brito, I. (2005). Para uma nova clínica de pais e bebés. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.409-432). Lisboa: Fim de século.
- Canavarro, M. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade. Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de século.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Castle, D., J., McGrath, J. & Kulkarni, J. (2003). *As Mulheres e a Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Charepe, Z. (2014). *Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica – Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Chbani, H., Pérez- Sánchez, M. (1998). *O quotidiano e o inconsciente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Comissão Das Comunidades Europeias (1999). *Mental Health Europe*. Bruxelas: Comissão Das Comunidades Europeias.
- Comissão Das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão Das Comunidades Europeias.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, M., Arantes, M., Brito, M. (2010) A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Revista eletrônica de enfermagem*, 12 (4), 698-704. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a15.htm>
- Coughlin, M. (2015). “Sobreviver” Pilot Project: the Tasle of 3 NICU’s Journey to Change - Programa C.A.R.E. - XXS| Mary Coughlin. In *II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa*, 13-14 de Nov. 2015. Lisboa: ESEL.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Cunen, N., McNeill, J., Murray, K. (2014). Uma revisão sistemática de intervenções lideradas pela parteira para resolver stress pós-traumático pós-parto. *Midwifery*, 30 (2), 170-184.
- Degl, C. (2015). 3 Reasons a Journal Is Essencial for Parents of Premies. Acedido em 02/04/2016. Disponível em <http://themighty.com/2015/04/3-reasons-a-journal-is-essential-for-parents-of-preemies/>
- Direcção-Geral de Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientações para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal Saúde Mental em Número - 2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (2015). Linhas de orientação para uma alimentação Vegetariana Saudável. Lisboa. Acedido em 12/10/2015. Disponível em <http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/07/Linhas-de-Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-uma-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Vegetariana-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Faria, A., Fuertes, M. (2007). Reactividade infantil e a qualidade da interação mãe-filho. *Análise Psicológica*. 4 (25). 613-623.
- Faure, M., Richardson, A. (2004). *Os sentidos do bebé. Compreender o mundo sensorial do bebé. A chave para uma criança feliz*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 287-314). Lisboa: Fim de século.
- Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2005). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (2/3), 121-131.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Grehin, R., O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 389-401.
- Guerra, M., Lima, L., Torres, S. (2014). *Intervir em grupos*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Guimarães, G., Monticelli, M. (2007). Attachment formation between parents/pre-term newborns and/or low birth weight children using the Kangaroo Mother Method: a contribution to nursing. *Academic Journal*, 16 (4), 626-635.
- Hearle, J. & McGrath, J. (2003). Maternidade e Esquizofrenia. In D. Castle, J. McGrath, & J. Kulkarni (Eds.), *As Mulheres e a Esquizofrenia* (pp.31-42). Lisboa: Climepsi Editores.

- Johnson, M., Maas, M. & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos resultados de enfermagem – NOC*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lei n.º 36/1998 de 24 de julho (1998). Lei da Saúde Mental. Diário da República I Série - A, Nº 169. 3544-3550.
- Lei n.º 109/2015 de 26 de Agosto (2015). Lei do tabaco. Diário da República Série I. Nº 166. 6336-6369.
- Lourenço, I. (2013). *Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé*. (Tese de Mestrado). Escola de Ciências Sociais, Évora. Disponível no RCAAP.
- Martins, C. (2012). *Impacto da idade materno na relação que a mãe estabelece com o seu bebé* (Tese de Mestrado). Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Mateus, A. (2013). *A transição para a parentalidade na toxicodependência materna: comportamento parental e suporte social*. (Tese de Doutoramento). ISPA Instituto Universitário, Lisboa. Disponível no RCAAP.
- O'Connor, J. (2003). *Manual de Programação Neurolinguística: PNL*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros -Suplemento da Revista*, 13, 3-8.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. Série 1, Nº 8.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Strengthening mental health promotion*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

- Organização Mundial de Saúde (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série, N.º 122, 17034-17041.
- Rosa, M. (2003). *Estudo sobre a influência de factores emocionais maternos no desenvolvimento precoce da mãe e do bebé*. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Évora. Disponível no RCAAP.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Sequeira, C. & Sá, L. (2010). *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Soares, M. (2008). *Motherhood of women with mental disorders*. São Paulo: Oasis.
- Spitz, R. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Flores.
- Stern, D. (1997). *A Constelação da maternidade. O panorama da psicoterapia pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tomey, A., Alligood, R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. 6ªed. Loures: Lusociência.
- Valadão, S. (2012). *Contributo para a adaptação intercultural da escala "Nurse Parent Support Tool" para a realidade portuguesa*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível no RCAAP.
- Watts, R., Zhou, H., Shieds, L. Taylor, M. Munns, A. Ngune, I. (2014). Family-centered care for hospitalized children aged 0-12 years: a systematic review of qualitative studies. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 12 (7), 204-208. Doi: 10.11124/jbisrir-2014-1683. Acedido em 27-11-2014. Disponibilidade em <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.14.0b/ovidweb.cgi?&S=HLILFPJFJPDDPCJNNCLKBBGCODDBAA00&Complete+Reference=S.sh.22%7c6%7c1>

White T., Matthey S., Boyd, K., Barnett, B. (2006) Depressão pós-parto e estresse pós-traumático após o parto : Prevalência, curso e ocorrência. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 24 (2), 107-120.

Winnicott, D. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Zero to three (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – DC: 0-3R*. Washington: zero to three.

APÊNDICES

APÊNDICE I

REGISTOS DE INTERAÇÃO - SEBASTIÃO

N.º Processo: XXX/15

Data: YY de Z de 2015

Idade: 4 meses

Registo de 1ª interação: Enfermeira Susana Lima

Consulta médica: Dr.ª AA

A consulta decorre no gabinete da Dr.ª M.

O Sebastião (nome fictício) é um bebé de 4 meses, bonito, rechonchudo, aspeto cuidado e investido.

A mãe encontra-se sentada no cadeirão, recostada nas almofadas, com o bebé a dormir no seu colo, de barriga para baixo, em contacto com o corpo da mãe. Mãe envolve o bebé com as mãos e beija-o na cabeça.

Como a secretária se encontra encostada à parede, a Dr.ª AA senta-se na cadeira, virada para a mãe. Enquanto fala com a Dr.ª AA, a mãe vai ajustando as mãos, mantendo-as sempre em contacto com o bebé. Quando refere as suas preocupações acaricia-o, movimentando as mãos ao ritmo do discurso, ou seja, quando fala das suas preocupações, aumenta o ritmo das carícias. Dr.ª AA diz “*que miminho tão bom...*”. A mãe sorri, olha para o Sebastião, encosta a sua cara a cara dele, de modo carinhoso. Mantém-se assim durante alguns segundos, endireitando depois a cabeça. Mãe volta a focar-se na entrevista, mantendo a mão esquerda a segurar e aconchegar o Sebastião, abraçando o corpo do Sebastião com o braço. Enquanto isso, com a mão direita, gesticula, e mexe no seu cabelo, colocando-o atrás da orelha.

Sebastião mantém-se a dormir.

Sebastião acorda após 14 minutos.

Acorda, levanta a cabeça, olha para a mãe, que lhe retribui o olhar, e na minha direção. Volta a aconchegar a cabeça, por baixo do queixo da mãe, e volta a cara para o outro lado, virado para a janela. Mãe continua a abraçá-lo.

Volta a levantar a cabeça, olha para a mãe, roda a cabeça, para um lado e para o outro, roçando no queixo da mãe. Mãe fala com o Sebastião: “ficaste com a cara marcada da camisola da mãe”. Sorri para o bebé e ele olha para a mãe e retribui o sorriso.

Mãe desliza as suas mãos, para debaixo dos braços do Sebastião, levantando ligeiramente e fica frente a frente com o seu rosto, mantendo o sorriso. Endireita-se na cadeira, senta-se, roda o Sebastião e senta-o virado de frente para a Dr.^a AA. Sentado no colo da mãe, virado para a frente, o Sebastião olha em frente, roda a cabeça na minha direção, em movimentos lentos, volta a olhar em frente. Dr.^a AA diz: *“quase... ias esboçar um sorriso”*. Nesse momento, Sebastião, olha para Dr.^a AA, projeta a cabeça e o corpo para a frente, com olhar atento. Recosta-se, novamente, no colo da mãe. Mãe olha para bebé, continuando a conversar coma Dr.^a AA. Mexe nos pés do Sebastião e de seguida nas mãos. Faz uma dobra nas mangas da camisola do Sebastião. Sebastião liberta as mãos, endireita-se, ficando sentado no colo da mãe, que o segura pela barriga, e leva as mãos a boca, mãe a segurar os pés do Sebastião e com o polegar a fazer festinhas nas plantas dos pés. Sebastião tira a mão esquerda da boca, e fica com a mão direita, com os quatro últimos dedos na boca, passando para o polegar. Está sentado a olhar em frente, com o polegar na boca, sem chuchar, apresentando movimento de mastigação.

Nesta altura, a mãe encontra-se a expor as suas maiores preocupações. Continua a mexer nos pés do Sebastião, segura-o pela barriga, movimentando as mãos, passa para segura-lo no tórax, e volta à barriga. Sebastião vocaliza “AhAh”. O Sebastião mantém-se sentado, cabeça voltada para o lado, olhar dirigido e atento para mim. Polegar na boca. Mãe segura o braço direito do Sebastião, mexe-lhe na mão, ajusta novamente a manga do casaco do bebé, e fica a segurar a mão, passando o seu polegar por cada um dos dedinhos do Sebastião. Segura na mão e coloca-a palma com palma na sua, ficando a olhar para as mãos.

Sebastião volta a cabeça para Dr.^a AA. Tira o polegar da boca. Tira a mão da palma da mãe. Recosta-se para trás, roda a cabeça para olhar para a mãe. A mãe retribuiu o olhar.

O Sebastião volta a chegar-se para a frente e estica os braços. Bate com as mãos nas pernas da mãe, junta as mãos à sua frente, com braços esticados e olha para as mãos.

Análise da sessão

Mãe de 27 anos, professora de música, interagindo com bebês a partir dos 6 meses. Casada, sendo o primeiro filho do casal.

Gravidez não planeada, e inicialmente pouco desejada, vigiada, sem intercorrências. Trabalhou até ao terceiro trimestre. Mãe fez preparação para o parto. Parto muito prolongado, descrito como “*horrível*”.

No primeiro mês de vida do Sebastião, foi aconselhada a vir à UPI pela enfermeira que a acompanhou na preparação para o parto.

Tónus aumentado para a idade, apresenta-se tendencialmente em pé, no colo da mãe. Bebê sempre em busca de estímulos, segura a cabeça, vira-se para todos os lados. Olhar atento.

Já dorme no seu quarto, desde os 3 meses.

Durante a sessão, é proposto à mãe adaptá-lo à mama para o acalmar. Mãe refere que não gosta de o fazer porque não quer que ele associe a mama a consolo.

Discurso materno centrado nas dificuldades decorrentes do temperamento do bebê.

“Tem quase 5 meses. Está mais calmo mas não muito. Até aos 3 meses e meio passava o dia a chorar. Todo o dia! Não era diferente em nenhuma altura do dia!”

“Havia dias que nem com secador, nem na bola [de pilates]... cheguei a ir ao hospital com ele... disseram-me sempre que eram cólicas e que há bebês assim, e tinha que ter calma e força! A pediatra olha para mim com aquele ar... de: é chato mas tens de aguentar...”

“O dia a dia é tenebroso”

Denota-se também o impacto das expectativas prévias face à maternidade, sendo evidente a confrontação entre o bebê imaginário e o bebê real, e a confrontação com as competências parentais necessárias, pois lidava com crianças e tem dificuldades em lidar com o seu próprio filho: *“na minha geração, os filhos das minhas amigas são come e dorme. Ele stressa com muita facilidade e não se consegue acalmar... Eu lidava com crianças e nunca me passou uma criança assim pelas mãos. Mas também estou pouco tempo com eles, se calhar também se passam da cabeça”*. Mantém sempre discurso negativista face ao filho, explícito pelo *“também se passam da cabeça”*.

Em termos de comportamentos interativos, descreve situações que denotam pouca sensibilidade face ao bebé, com estimulação pouco adequada à idade, gerando frustração mútua; *“Tento fazer coisas com ele... dar-lhe instrumentos musicais para a mão, cantar-lhe, desde os 2 meses... e ele não liga nenhuma e eu irrito-me com isso”*. Não obstante isso, parece reconhecer esse factor, necessitando de apoio no desenvolvimento desta competência: *“Aos dois meses não queria que eu cantasse, acalmava-se melhor se falasse com ele...”*

“Também... cantei durante 9 meses, ele saiu e penso: estou farto disto, já não te posso ouvir” e ri-se. O sentido de humor, mantido ao longo da consulta, parece surgir como um fator protetor do seu bem-estar, denotando-se que mantém o fluxo relacional com o filho quando se consegue expressar deste modo.

“falo com toda a gente sobre o assunto! Às vezes as pessoas dizem-me: ai ele chora tanto, deve ter fome/cólicas, e eu digo, não é! É sempre assim! E conto tudo! Devem dizer esta mulher é maluca, mas pelo menos não guardo nada!”

Refere que em termos de queixas que possam originar mau estar no bebé, apenas encontra a obstipação, situação que, de momento, está controlada, pois desde que começou as sopas, evacua todos os dias.

Reconhece o impacto das expectativas nas dificuldades de adaptação à maternidade: *“Não estava à espera de uma criança assim... tudo planeado e pensado ao mínimo pormenor e depois uma criança assim...”*

Como fator agravante destas dificuldades denota-se o pouco apoio social, com os avós e família alargada longe, e o pai com dificuldades em suportar a relação diádica, funcionando como agente *stressor*: *“Pai não consegue lidar com a situação”*; *“no primeiro mês estava sempre a querer que o levássemos ao hospital”*.

Na sala de espera a mãe encontra sentada, com o Sebastião no “ovo” ao seu lado. Manteve-se quase sempre em interação, conversando com ele. O Sebastião esteve calmo e bem disposto.

Quando recebida para a sessão, traz o Sebastião no ovo e entra no gabinete. Dr.^a AA diz-lhe que coloque o ovo e se sente onde for mais confortável para ela, ajudando a organizar as cadeiras. Mãe pousa o ovo em cima da mesa, ao seu lado, e senta-se ligeiramente voltada para o Sebastião. O Sebastião mantém-se atento, curioso, bem disposto. Emite vocalizações e explora uma meia.

Dr.^a AA diz: *“ai... já tirei uma meia...”*. A mãe refere que não, foi ela que lha deu na sala de espera para o entreter.

“Como correu a semana?” A mãe diz, com fâcias que demonstra indiferença: *“Bem! O costume, mas já estou habituada...”*

Ao longo da sessão, que acabou por ser bastante curta (cerca de 20 min), a mãe apresentou um discurso quase fechado, por vezes respondendo com monossílabos... Refere que o Sebastião está melhor, que não chora tanto, e que na creche referem o mesmo.

Parece ficar expectante diversas vezes, com períodos de silêncio bastante prolongados. Os silêncios são importantes, mas estes foram pouco confortáveis (aparentemente para os diversos intervenientes). Eram acompanhados de um olhar dirigido para a Dr.^a AA, num misto de desafio e expectativa. Dr.^a AA revelou (na reflexão no final da sessão) dificuldade em conter estes silêncios.

Reagiu ao trabalho com alívio, e que o facto de o Sebastião chorar muito na escola não a perturbou, referindo *“ele já chorava... agora chorava com outras pessoas...”*

À medida que o tempo passava, o Sebastião começou a ficar mais inquieto e “gemilquento”, levantando os braços. Dr.^a AA diz *“estou a ficar aborrecido.. acho que quero colinho...”*. A mãe diz *“pois quer, mas se o tiro do ovo já não o consigo voltar a pôr”*.

O Sebastião acalma-se quando a Dr.^a AA fala com ele num tom de voz calmo, parando para a ouvir, e sorrindo. Quando volta a ficar agitado, a mãe diz *“agora é isto... já vai começar...”* E começa a interagir com ele, falando alto, de modo

sorridente mas transmitindo uma sensação de ansiedade. O Sebastião vai ficando cada vez mais agitado e começa a chorar de modo intermitente...

Habitualmente, a mãe vai à creche durante a hora do almoço para estar um bocado com o Sebastião.

Ainda vai trabalhar *“agora vou lá entregar e depois volto”*

Na fase final, é combinada a próxima sessão e a mãe questiona *“acha que vale a pena?”*

À saída a mãe refere *“agora vai aos gritos até à creche...”*

A mãe transmitiu uma sensação ambivalente. Por um lado dá a entender que não quer voltar, que a situação está mais estável e que estão mais adaptados ao Sebastião. Referiu que a pediatra ficou desagrada com o acompanhamento do Sebastião na UPI – que o Sebastião é um menino que está bem e que *não precisa dessas coisas! O Sebastião não me preocupa nada...* Dr.^a AA valida que o Sebastião é um menino que está bem, mas que pelo menos a mãe pode conversar com alguém que a compreende e que tenta ajudar...

Por outro, quando lhe é proposta nova sessão, abrindo a possibilidade de o pai também estar presente, num período de um mês, agenda a consulta para daí a 15 dias.

Na data agendada para a consulta, não compareceu. Efetuados contactos telefónicos, não tendo regressado à UPI, até à data que terminou o estágio.

APÊNDICE II

REGISTOS DE INTERAÇÃO - DUARTE

O Duarte é um menino de 23 meses, com diagnóstico de uma perturbação do espectro do autismo, acompanhado na UPI desde os 12 meses.

Recorre à consulta acompanhado pela avó.

Menino de aspecto físico saudável, aparente boa evolução estatoponderal. Em termos de linguagem apresenta apenas algumas vocalizações, e parece repetir os sons aprendidos (quando estimulado pela avó repete o AEIOU). Tendência para estímulos auditivos, ficando maior parte do tempo a explorar uma “casinha” que emite sons. Mesmo estando muito tempo nessa brincadeira, e tendo sido estimulado a realizar novas experiências, constata-se que a brincadeira não evolui.

Posiciona-se voltado de costas para os adultos. Quando nos posicionamos em frente do Duarte, rapidamente roda sobre si próprio. Pouco recetivo a brincadeira partilhada, preferindo manter-se isolado.

Na marcha parece apresentar desequilíbrio, “tropeçando” nos diversos objetos. Olhar mantido “em frente”, não observando o que se encontra por cima ou em baixo dele.

Quando aparentemente “excitado”, por contacto com novo brinquedo, posiciona antebraços para cima, com braços mantidos ao longo do corpo, punhos cerrados e retração escapular.

Ao explorar a sala tenta por várias vezes chegar ao computador (a avó refere que em casa gosta muito de brincar com o computador).

A mãe não pode acompanhar o Duarte porque tem de ir trabalhar. Questionada a avó sobre as brincadeiras em comum com a mãe, tendo referido que o Duarte acompanha a mãe em todas as atividades de vida doméstica, estando sempre por perto. Relativamente ao pai, refere que *“estão sempre a brincar no computador”*.

Como o menino já é acompanhado há mais de um ano, com progressos iniciais, mas tendo aparentemente deixado de evoluir (existem mesmo competências que já tinha adquirido e que, de momento, não demonstra, com exploração circular dos mesmos objetos), foi proposto acompanhamento pela terapeuta ocupacional.

A avó demonstra comportamentos pouco atentos às respostas do menino, sendo mesmo intrusiva. Por exemplo: o menino estava a explorar a sala e a avó pede um beijinho, e “agarra-o”, tendo o Duarte mostrado desconfortável com este

comportamento. Interrompe várias vezes as atividades do menino com a enf.^a pedindo para repetir sons, ou fazendo perguntas. Parece não reconhecer as dificuldades do neto, e sentir necessidade de demonstrar todas as suas habilidades.

Foi pedido para que a mãe acompanha-se o Duarte no aconselhamento com a terapeuta ocupacional. A sessão conjunta com TO foi desmarcada por indisponibilidade da equipa e remarcada para 12/10 e 19/10, não tendo comparecido às consultas (referem que se encontra doente).

Y de Z de 2015

O Duarte chega acompanhado pela avó. Apresenta-se com aspeto pouco cuidado. Utiliza fralda, que se apresenta muito volumosa. Postura extensora com retração escapular, movimentos dos membros superiores em flexão e retração. Pés em extensão (bicos de pés). Mantém movimentos pouco coordenados, perdendo frequentemente o equilíbrio. Hipotonia axial, com sialorreia abundante, que não deglute.

Vocaliza de modo pouco explícito, demonstrando maior tendência para repetição de sons.

Ao entrar na sala, o Duarte começa a andar pela sala, não se focando em nada concreto. Mexe em diversos objetos, não olhando diretamente para eles. Não dirige o olhar para nenhuma das pessoas presentes na sala.

Interessa-se por brinquedos com sons, como a casinha. Explora a casinha por períodos, tocando nos locais que provocam ruído, e levantando a cabeça a aguardar reação da Enf.^a. Quando ouve o som provocado, e encontra reação por parte da Enf.^a demonstra contentamento, com flexão dos membros superiores, em movimentos curtos e repetitivos.

A Enf.^a encontra-se sentada no chão junto do Duarte, que frequentemente se levanta, voltando a deambular pela sala, mas sem se focar na exploração de uma área. Abre e fecha gavetas, correndo risco de se “entalar” diversas vezes. Tira os brinquedos que atira para o chão, de modo sucessivo.

Considerando que a avó está com o neto apenas uma vez por semana – vivem em cidades diferentes, passando a noite prévia à consulta em sua casa, e depois da consulta o leva creche – é reforçada a importância da presença de um dos pais na

sessão, disponibilizando outros horários para que esta ocorra. Não obstante isso, são definidas estratégias relacionais para promover o desenvolvimento do Duarte.

Y de Z de 2015

Reunião com pais do Duarte, educadora, educadora do ensino especial (dá apoio 2 dias/semana), Enf.^a Maria João (UPI), e terapeuta da fala.

De acordo com as educadoras, o Duarte tem-se mostrado muito reativo. Demonstra gosto por manipular os objetos, despejar as caixas com os brinquedos, virar e rodar os objetos sobre si próprios. Na sala não interage com outras crianças. Corre pela sala. Exige muita atenção por parte das educadoras e da auxiliar porque caso veja a porta aberta, foge e corre pela escola. Entra na cozinha e mexe nos botões, ligando aparelhos.

Segundo a educadora de ensino especial, durante o mês de Setembro, o Duarte esteve mais concentrado, mais calmo, sendo mais fácil orientar o seu dia. Durante os dois meses que precedem esta reunião identifica maior dificuldade em trabalhar com o Duarte. A educadora da sala refere maior dificuldade por parte do Duarte em adormecer nas últimas semanas. Segundo os pais não existiram mudanças na vida quotidiana que justifiquem estas alterações.

Uma das grandes dificuldades no quotidiano escolar é o momento da refeição. O Duarte fica muito agitado na hora da refeição, manipulando a comida com as mãos e sujando o cabelo. Frequentemente chora e grita antes de começar a comer.

O Duarte chega à escola cerca das 8:00 e sai cerca das 18:30. Vive com os pais, em Alverca. O contacto com a avó (residente em Loures), resume-se, maioritariamente, a ficar na sua casa no domingo à noite, para que esta o acompanhe à UPI, na segunda de manhã.

A mãe trabalha em Loures, saindo cerca das 17h. O pai trabalha por turnos rotativos de cerca de 6:00. É reforçada a importância do Duarte ser acompanhado à UPI por um dos pais, no sentido de assegurar uma continuidade do trabalho desenvolvido na UPI. Relembra-se a possibilidade de adaptar o horário das sessões à disponibilidade dos pais e da importância dos contactos telefónicos quando o Duarte vá acompanhado pela avó.

Reflete-se sobre o tempo que o Duarte passa na escola, e são discutidas estratégias para diminuir esse tempo. Pais muito renitentes às diferentes opções. Segundo a terapeuta da fala, será mais benéfico proporcionar ao Duarte estabilidade e consistência de horários, do que passar parte das manhãs com o pai, em semanas alternadas (de acordo com o seu horário). Refere que o tempo que os pais passam com o Duarte é de muita qualidade, assim como as interações que observou entre eles.

A Enf.^a fala aos pais da observação que tem feito do Duarte. Refere a hipotonia axial e a sialorreia frequente. Os pais referem que a sialorreia já não acontece muito, e que nas situações em que acontece, o Duarte consegue limpar-se sozinho.

De acordo com o pai, os episódios de maior agitação do Duarte, consistem em procura sensorial, em que lhe parece que está a explorar e testar os seus sentidos, fazendo um paralelismo com a sua própria infância. *“O Duarte tapa os ouvidos; corre e simultaneamente abana a cabeça; roda, roda e roda e fica a aproveitar a tontura”*.

Por sua vez a educadora identifica dificuldade do Duarte em manipular líquidos, como as digitintas. A mãe confirma, referindo que o menino não tolera os líquidos, que na praia só brinca na areia molhada, ficando desconfortável ao tocar na areia seca. Gosta de brincar com plasticina, e tem boa relação com a água, tanto do banho como da praia.

A Enf.^a reforça a necessidade demonstrada pelo Duarte de organização dos estímulos sensoriais, com observação de sinais de alterações a nível da perceção sensorial (procura da luz, procura do movimento, contacto com a água, dobrar-se sobre si próprio para ver os objetos por outro ângulo,...).

A educadora de ensino especial propõe a introdução de uma linguagem simbólica para apoiar o Duarte nas transições.

Tenta-se combinar uma sessão na UPI, adequando aos horários do pai, não se conseguindo. Reforça-se a disponibilidade para contacto telefónico, e para ajuste do horário da sessão.

Reflexão individual

A situação do Duarte faz-me pensar sobre a importância do reconhecimento do valor do processo terapêutico para adesão ao mesmo.

Por vezes, as pessoas querem respostas e querem respostas rápidas, com resultados visíveis. No entanto, a intervenção junto destes meninos, é doseada, adequada às suas necessidades e capacidades no momento. Como o modelo de intervenção da UPI é DIR, muitas vezes as “queixas” e preocupações dos pais podem-lhes parecer desvalorizadas, porque a abordagem é mais abrangente... parece rodear o problema... ora, se os pais não reconhecerem a importância do trabalho desenvolvido, e não lhe derem continuidade, todo o processo se perde...

Deixa-me angustiada por ter perceção do pouco investimento neste menino, e das condicionantes deste pouco investimento na sua evolução e desenvolvimento.

Um menino com tantas competências, com aparente potencial para uma evolução muito positiva, mas que não tem evoluído, nem apresenta sinais de o fazer.

Como é possível? Qual seria a solução?

O ideal seria o estabelecimento de uma verdadeira aliança terapêutica com esta família, mas considerando todo o percurso (o Duarte já é acompanhado desde 2014), será que esta aliança ainda se consegue? Após vários contactos, de oferecer diferentes possibilidades de atendimento, da utilização de diferentes estratégias, parece que esta relação terapêutica não se estabeleceu. Durante as sessões os pais referiram que têm dificuldade em acompanhar o Duarte nos diversos apoios, pelo que irão optar por desistir de alguns, olhando de modo subtil na direção da enfermeira. O reconhecimento e aceitação de que não se consegue apoiar esta família, mesmo que por condicionantes alheias às nossas competências, é um fator importante e uma competência a adquirir no âmbito da relação terapêutica.

A opção parece passar por espaçar as sessões. Como a enf.^a orientadora tem um longo percurso, sabe reconhecer as limitações inerentes a esta situação.

Importância de saber aceitar que a intervenção não está a ser eficaz, reconhecer as limitações da nossa intervenção e aceitar quando não é reconhecido o valor do nosso trabalho, comprometendo a relação terapêutica. Para mim é muito difícil de aceitar – talvez pelo nível de exigência que imponho à minha prestação de cuidados, em que a verdadeira dificuldade, não é a exigência imposta – pois só assim posso buscar a melhoria continua e a qualidade de cuidados – mas sim a dificuldade em lidar com a frustração inerente à sensação de fracasso.

YY de Z de 2015

Sessão com o Duarte e a avó

Sessão combinada com o pai. À chegada à sala, encontra-se o Duarte com a avó. Avo refere que o pai não teve disponibilidade de vir por ter que ir tratar de ir buscar o carro à oficina. Veio até à entrada da UPI entregar o Duarte à avó.

Levanta-se novamente a questão do empenho e investimento no desenvolvimento do Duarte. Os pais não telefonam, e estando junto ao serviço não entram por minutos para falar com a Enf.^a e trocar ideias. Saber o plano terapêutico que tem sido desenvolvido e cuja continuidade em casa é primordial. O Duarte continua com o mesmo estado, não se notando evolução ao longo do tempo.

É um trabalho inglório, sentindo que a eficácia da intervenção é limitada. Considerado o não estabelecimento de relação terapêutica com os pais, em que o trabalho de parceria está comprometido, parece que o investimento nesta criança é infrutífero. Como ajudar esta criança numa sessão, uma vez por semana? Como desenvolver relação de confiança com os pais, se não aparecem, ou telefonam. Foi perceptível, na reunião na escola, que a disponibilidade para acompanhar o Duarte era pouca, e que a abertura a sugestões de adaptação familiar – com todas as condicionantes inerentes aos seus contextos de trabalho, hábitos de vida, e necessidades específicas do Duarte – não era muita, parecendo sentir estas sugestões como críticas e imposições.

APÊNDICE III

REGISTOS DE INTERAÇÃO – ALICE

N.º Processo: XXX/15

Data: YY de Z de 2015

Idade: 24 meses

Registo de 1ª interação: Enfermeira Susana Lima

Consulta médica: Dr.ª AA

A Alice (nome fictício) é uma menina de 24 meses, desenvolvimento estato-ponderal aparentemente adequado, apesar de ar franzino. Aspetto cuidado e investido, apesar de se notar que a roupa se encontra desgastada. Pele clara, ligeiramente pálida, olhos amendoados, cabelo encaracolado, preso ao cimo da cabeça. Sorridente e a olhar em volta, de modo fugaz, como que envergonhada. Vem acompanhada pelos pais. Os pais também se apresentam vestidos de modo limpo, embora a mãe se apresente de sandálias abertas e com roupa também ligeiramente desgastada.

Os pais encontram-se sentados à secretária, no gabinete da Enf.ª e a Alice encontra-se, em pé, atrás da secretária, entre a janela e a cadeira. Tem um cubo na mão. A Dr.ª AA encaminha-se para a cadeira, olha para a Alice, sorri-lhe e diz-lhe: *“oh... tantas coisas novas!”*. Dr.ª AA mostra-lhe um carrinho de bebé ao lado da secretária. A Alice olha a Dr.ª AA e em resposta, faz movimento da cabeça em negação, com ar sorridente e brincalhão. A Dr.ª AA diz *“não queres? Então vou sentar-me aqui...”*. Dr.ª AA senta-se. A Alice olha para Dr.ª AA e ri-se, de modo audível. Dr.ª AA diz: *“estás a meter-te comigo, não estás?”*. Alice ri-se novamente, olha para a Dr.ª AA. Dr.ª AA faz cócegas na barriga da Alice. Alice ri-se mais alto e bate os pés, de modo rítmico.

Pais mantêm-se sentados, não fazendo nenhum comentário. Olham na direção da Dr.ª AA. Mãe tem na mão bolsa com documentos da Alice.

Dr.ª AA dirige-se aos pais, que mantêm ar sério, sentados do outro lado da secretária. Alice passa por detrás da cadeira da Dr.ª AA, pega no carrinho de bebé que está ao lado da Dr.ª AA, desliza-o cerca de 20 cm, deixando o carrinho junto da secretária. Volta para o canto da sala, entre a cadeira da Dr.ª AA e a parede, para o mesmo sitio. Explora o canto onde se encontra, rodando sobre si mesma, e olha em volta com ar aparentemente satisfeito. Os pais continuam a falar com a Dr.ª AA concentrados na entrevista.

Passado cerca de 1 minuto, a Alice volta a passar por detrás da cadeira da Dr.^a AA, e explora uma estante ao lado da secretária. Abre a 1^a gaveta a contar de baixo, e tira uma garrafinha de plástico amarelo, roda sobre si mesma e pousa-a em cima da secretária. Volta a explorar a gaveta e pega num cubo colorido (parte de um puzzle), colocando-o em cima da secretária, perto da garrafinha. (Pais continuam focados na entrevista). Volta à gaveta e pega noutro cubo colorido e volta a pousar na secretária. Repete este movimento mais três vezes, ficando com 5 cubos na mesa. Roda sobre si própria, e olha para a secretária. Pega num dos cubos e bate suavemente com ele na secretária. Pousa-o e volta a pegar nele. Olha o cubo rodando-o lentamente e volta a pousar. Alinha os 5 cubos. Pega num dos cubos e atira-o de volta à caixa. Volta-se para a secretária, pega em 2 cubos e bate com eles, um no outro. Com os cubos na mão, batendo-os esporadicamente, passa por detrás da cadeira da Dr.^a AA, voltando ao canto da sala. Mantém ar sorridente. Pousa os 2 cubos na secretária, agora do outro lado da Dr.^a AA. Pai olha na direção da Alice e a mãe mantém-se focada na entrevista. Alice volta a passar por detrás da cadeira da Dr.^a AA. Explora outra gaveta da estante. Tira um cubo da gaveta e deita-o, suavemente, para o chão. Encontra um prato e segura-o com a mão esquerda. Utiliza a mão direita para pegar num telefone de brincar. Encosta o telefone ao ouvido direito e emite sons, sem se focar em nenhum adulto.

Nesta altura, o pai olha a Alice e ri-se. Alice volta a passar por detrás da cadeira, levando o prato e o telefone consigo. Pousa-os do outro lado da secretária. Olha para a Dr.^a AA e para os pais.

Análise da sessão

A Alice é primeira filha do casal. Pai de 44 anos, português, com emprego a tempo inteiro, trabalhando das 9 às 18h00. Chega a casa por volta das 19:30 ou mais tarde. A mãe tem 38 anos, naturalidade russa, e nacionalizada portuguesa. Foi uma gravidez planeada, desejada e vigiada. Durante a gravidez queixas de edemas generalizados e cansaço fácil. O parto é descrito como difícil e demorado. O tempo na maternidade *“foi um horror, com bebés a chorar, não conseguíamos dormir”*. Amamentação também com dificuldades, tendo sido introduzido leite adaptado durante o primeiro mês de vida. No primeiro mês, a avó paterna coabitou com a

família, para ajudar, aspeto descrito pela mãe com fâcias de desagrado: *“mas não ajudava muito”*.

A Alice foi sempre um *“bebé rechonchudo”*, mas com dificuldade na introdução dos novos alimentos, comendo em pequenas quantidades. Desde o primeiro ano de vida, com introdução dos alimentos sólidos, esta dificuldade intensificou-se, com episódios de recusa alimentar e vômitos. Esteve internada no serviço de urgência por hipoglicémia, secundária a recusa alimentar, por duas vezes.

A maioria das questões sobre as características da Alice, enquanto bebé foi respondida pelo pai, com a mãe a corroborar ou contradizer algum aspeto.

Durante toda a sessão a Alice mantém-se na “órbita” da Dr.^a AA, não recorrendo aos pais.

A mãe mostra-se muito ansiosa, com fâcias triste, humor deprimido e facilmente chorosa. Refere ter realizado alguma pesquisa, e manter-se em contacto com blogs de mães. Constata que existem mais crianças como a Alice, e que nunca imaginou que fosse possível. Fica muito revoltada quando vê outras crianças na rua ou no parque, rechonchudas, a comer com satisfação.

Sempre desejou uma menina. Diz: *“mas a Alice tem algum problema, não sei se é na cabeça, no cérebro...”* *“se calhar precisa de alguma medicação....”*.

A Alice come pouco, o que come vomita. No entanto, coloca brinquedos e objetos na boca. Rejeita todos os sólidos, e só aceita comida da mãe. Mãe já experimentou diversas estratégias, desde brincar durante alimentação, até deixar comida no chão (bolachas misturadas com brinquedos).

Quando é exposto o paradigma da UPI, com pedido de autorização para filmar a separação dos pais, ambos os pais referem que aceitam. Dr.^a AA sai para ir buscar a câmara e quando volta, a mãe refere que não se sente muito confortável, que não se importa de sair para ver como ela reage, mas que não quer que a filmem. Opta-se por não implementar esta parte do paradigma.

Programa-se momento de alimentação para a sessão seguinte.

Sessão com pedopsiquiatra AA, terapeuta ocupacional, enfermeira estagiária

Na primeira consulta, tinha ficado com a percepção de que a mãe estava num sofrimento muito grande, e de que não revelava tudo pela presença do pai. Esta percepção foi partilhada pela pedopsiquiatra, que antes desta 2ª sessão referiu que o ideal seria conseguir estar algum tempo sozinha com a mãe para desbloquear a conversa, mas que seria difícil pois o pai poderia interpretar isso de modo pouco agradável, comprometendo a relação terapêutica.

Enquanto estavam os três na sala de espera, o pai estava a brincar com a Alice, circulando pelo corredor, e a mãe encontrava-se sentada, com ar desagradado, pouco sorridente. Por vezes, olhava para a díade pai-criança com uma expressão desaprovadora. Inclusivamente, quando passou a Dr.ª AA, a mãe acena negativamente com a cabeça, começando a falar baixinho, com fâcias contraído.

Quando vamos recebê-los à sala de espera, estão lá o pai e a Alice. O pai sai para ir chamar a mãe e a Alice fica com os técnicos. A Alice olha para o pai que se afasta, não emite qualquer som, roda sobre si própria e olha para Dr.ª AA, que lhe diz “o papá já volta”.

O pai volta, com a mãe atrás. A mãe esboça um sorriso rápido/forçado.

Entram os três na sala, seguidos pela Dr.ª AA, TO, Enf.ª Susana. A Alice começa a explorar a sala, a mãe começa a mexer nos sacos, referindo que trouxe comida. A Dr.ª AA pergunta “como correu esta semana?”. Não obtendo resposta, e a mãe continua de costas para a secretária a mexer nos sacos, e o pai junto dela, a Dr.ª AA volta a falar, chamando-os à conversa. Sentam-se, referem que a semana foi difícil. Que a Alice comeu muito pouco, e vomitou sempre.

O pai mostra o questionário de perfil sensorial, esclarece algumas questões, e termina o seu preenchimento.

A mãe refere que trouxe comida, e que está na hora da Alice comer, e que necessita de lhe lavar as mãos. Diz ao pai que pegue na Alice e que vão ao wc para lhe lavar as mãos. O pai pega na Alice (que se encontra a brincar no chão), diz-lhe “vamos lavar as mãos”, pega nela ao colo, e saem os três.

Quando voltam a mãe explica que trouxe várias opções de lanche, e que vão começar pelo mais difícil, os sólidos.

Oferece à Alice um bocado de pão. Quando ela o leva à boca, os técnicos dizem-lhe “que bom! Pãozinho!” A Alice começa a comer, e ficam todos fixos nela. Alice come o pão e vai explorando a sala, virando-se de costas para os adultos. Esporadicamente olha para os adultos. A mãe, olha para a Alice, gesticula com as mãos na sua direção, e diz “*agora come, mas já vai largar*”. *Nunca come assim, vocês vão ver!*”. A mãe encontra-se a preparar a fruta para oferecer a seguir. (descasca a maçã e corta-a em pequenos bocados, com movimentos curtos e secos – dá uma sensação de agressividade latente).

A Alice continua a comer, até cerca de metade do pão que lhe foi oferecido, acabando por o pousar no chão para brincar com as duas mãos. A mãe apercebe-se e refere o facto.

Quando termina a preparação da fruta, junta numa tigela de grandes dimensões, a fruta e um iogurte líquido.

A mãe pega na Alice, que se encontra de costas a brincar no chão, levanta-a por debaixo dos braços, leva-a assim e senta-a na cadeira. Diz “*agora é que vai ser...*”. Dr.^a AA diz que deve ser muito difícil, e que percebe... A mãe chora ao lado da Alice com a papa na mão. A Alice começa a chorar e a olhar em volta, levantando os braços a pedir colo. O pai segura-a, suavemente, na cadeira.

Começa por dar uma colher [de sopa] com fruta e iogurte à Alice, dizendo ao pai para colocar o *tupperware* em frente da menina: “*põe isso que ela vai vomitar!*”. Pai refere que em casa a Alice nunca come daquilo que a mãe preparou. “*É para verem!*”. A Alice para de chorar, abre a boca, olha para os técnicos, e engole a primeira colher. O pai está junto da menina, segurando-a na cadeira, e a mãe dá-lhe a segunda colher, dirigindo-se aos técnicos “*vão ver! Ela vomita sempre!*”. Aquando da segunda colher a Júlia apresenta reflexo de vômito e expelle o que tem na boca para o *tupperware* que o pai segura debaixo do seu queixo. A mãe tenta dar-lhe mais, mas a Alice rejeita e volta a chorar. Dr.^a AA refere que já chega, que foi possível ver as dificuldades com a alimentação. No entanto a mãe refere que ainda falta a papa.

É-lhe sugerido que seja dada ao colo de um dos pais, considerando que a menina já está nervosa, ou então adiar a papa. O pai diz que já chega, mas a mãe continua a remexer nos sacos, enquanto prepara a papa. Por fim, o pai coloca a menina no chão, que vai explorar novamente a sala, e a mãe senta-se com a papa na mão.

Falam sobre o percurso da menina, a mãe volta a relatar as suas dificuldades e angústia pelo fato da filha não comer *“vejo outras crianças, a comer, a mastigar, ela deve ter um problema”, “há crianças abandonadas, que as mães não querem, gordinhas, a comer.... E ela é assim [aponta na direção da Alice] deve ter um problema no cérebro (...) há mães drogadas com filhos sem problema e a mim saiu-me [aponta novamente para a filha] Isto”*

Perante as dificuldades alimentares aquando do primeiro ano de vida, a mãe refere *“quando ela não comia, eu pensei, o problema é meu, se calhar sou feia, então vou deixá-la com a mãe dele, e ela vai comer”*. Nesta altura, a menina ficou aos cuidados dos avós, durante uma semana, tendo tido o primeiro episódio de recusa alimentar, durante mais de 48 horas, coincidindo com o primeiro internamento por hipoglicémia e desidratação [não relacionam este dado].

Refere a possibilidade da Alice ingressar na creche, sendo incentivada, pela socialização com outras crianças, dizendo *“assim, deixava-a lá a creche”,* e podia ser que ela comesse.

Reforça-se o facto de ser positivo a Alice ter conseguido comer o pão, e que como come as papas, para manterem a alimentação baseada em papas, até obter os resultados de todos os exames médicos, e de modo a diminuir o stress de toda a família. Reforça-se também a perspetiva da mãe de que poderia ser positivo o seu ingresso numa creche – pelo efeito de grupo. É reconhecido o esforço da mãe, que fica muito sozinha, e que deve ser muito difícil cuidar da Alice, e que a creche a poderá ajudar e deixar mais disponível para quando está com a filha.

Quando estão a sair da porta, a mãe refere que gostaria de experimentar sair e deixar a Alice para ver como ela reagia. Foi-lhe referido que, de momento, já não seria adequado, e que não traria benefício para a menina. Saíram os três.

O pai vai à frente com a Alice, e a mãe vai atrás com os sacos da refeição. Fora da unidade, o pai senta a Alice na cadeira de transporte do carro, e a mãe continua a andar, e espera-os fora do recinto da unidade.

Reflexão

Durante o tempo que a mãe esteve a oferecer alimentação à Alice senti uma ambiguidade muito grande. Por um lado estava triste pela menina, revoltada pela atitude de mãe. Não saberia de todo lidar com uma situação destas. Apercebo-me

que tenho uma atitude demasiado interventiva, e que a observação me deixa desconfortável.

No momento em que a Alice começa a chorar, e pede colo, senti impulso de me levantar para pegar nela, mas, felizmente contive-me.

A necessidade de acolher a mãe, para assegurar a continuidade das sessões, e possibilitar o trabalho com a família, foi reconhecida e assegurada pela pedopsiquiatra. A mãe faz afirmações difíceis, possivelmente pela sua grande angústia e tristeza. Mas para mim, são difíceis de ouvir, e não ficar incomodada. Por um lado, gostaria de aceitar e compreender, por outro, costuma-me ouvir uma mãe a fazer estas afirmações – penso que não são as afirmações em si, mas o modo como são ditas, numa tonalidade agressiva/brusca.

Reconheço alguma contra-atitude para com esta mãe, tendo-me sido difícil, nesta sessão, empatizar com ela. Tentei fazer uma avaliação o mais objetiva possível, demorando muito tempo a realizar o registo desta interação – tudo o que escrevia parecia juízo de valor. Além disso, passei o fim-de-semana a lembrar-me desta situação, a rever a interação, a pensar sobre esta família e principalmente sobre esta menina.

Contrariamente ao que dizemos frequentemente “uma criança não morre de fome com comida à frente”, encontrei aqui uma criança que recusa a comer, durante 3 dias, ficando desidratada e hipoglicémica. O fator de instinto protetor parece anular-se perante o sofrimento emocional.

Consulta com Dr.^a AA e enfermeira estagiária

Alice chega acompanhada pelos pais, bem vestida, agasalhada. Quando interpelada mantém ar sorridente.

Entram na sala. Pais sentam-se. Pai na cadeira mais próximo da Alice. Sentam-se ligeiramente de lado, não olhando diretamente para Dr.^a AA. Alice começa a explorar a sala. Encontra pequenos animais de plástico que leva, um por um, entregando ao pai. Encontra um tubarão e olha para uma imagem de golfinhos que se encontra na parede, apontando para os golfinhos e olhando para o pai. Pai ri-se, fala com a Alice e vai dizendo o nome dos animais que ela lhe entrega.

Período de silencio... (algo difícil para mim... acho que teria começado a tentar saber tudo o que precisava... continuo com uma atitude demasiado interventiva...)

Mãe refere que a semana foi melhor, já não tem *“vómitos compulsivos, só vomitou durante as refeições”*. *“Mas perdeu 740gr, coitadinha”*.

Exames médicos realizados sem nenhuma alteração...

Quando Dr.^a AA relembra a questão da creche, os pais referem que possivelmente não é solução. Durante esta semana passou um dia com outros meninos mas mesmo assim não comeu... e vomitou uma vez.

Numa das refeições durante a semana, puseram-lhe comida sólida no prato, deixaram explorar, e a Alice acabou por levar algumas colheres à boca, embora sem engolir.

Os pais não estabelecem contacto entre si.

A mãe olha algumas vezes a Alice, e sorri com a constatação de que é uma menina esperta. Que não fala mas já comunica e percebe tudo o que lhe é dito.

“Ela também não tem apetite... e por isso não procura... outras crianças rechonchudas tem apetite e pedem comida... ela não pede...”

Mãe diz *“Deus deu-nos esta menina assim...”* *“a outros dá autistas, mongolóides, crianças com problemas mentais... a nós deu-nos esta que não come e não mastiga...”*. *“Passei 38 anos sem saber que havia crianças que não mastigavam... mastigar é um instinto... os gatinhos e os cães não precisam de aprender, já sabem...”* (Dr.^a AA: mas aprendem por ver os outros). *“Ela não tem nenhum problema mental, pois não?”* *“A Dr.^a já viu mais meninos assim?”* Dr.^a AA: Já... *“Qual*

era o mais velho?” (Dr.^a AA hesita um pouco...) “Tinha 8 anos quando aprendeu a comer...” “8 anos!!! Vês [diz para o pai]! Ele não acreditava... no blog falam de um rapaz com 11,5 anos, que não mastiga... até já fez hipnose...”

Dr.^a AA fala um pouco sobre a sua experiencia (no final refere que não é muito terapêutico, mas que sentiu esta necessidade por parte da mãe). Reforça que todos se resolveram, mas que foi um processo lento e demorado. Que é difícil para quem está a viver a situação mas que devagarinho...

Dr.^a AA refere que hoje se irá dedicar a estar com a Alice...

Mãe pergunta *“e o rapaz não tinha problemas mentais, nem no pescoço, nenhum musculo preso...?”*

Pai mais tranquilo que a mãe, fazendo algumas piadas: *“ela come papel higiénico, devia haver uma comida que soubesse a papel...”*

Mãe volta a questionar *“A psiquiatria explica por que é que isto acontece?”*

Dr.^a AA, em Floortime com a menina... volta a hesitar... com tom de voz muito calmo e mantendo sorriso acolhedor... *“Pois... umas vezes os meninos não gostam da textura da comida, estão muito interessados em brincar, e preferem brincar do que comer, por isso não procuram nem querem a comida” “outras vezes... os meninos não comem, e os pais ficam muito muito preocupados e angustiados,... e eles sentem isso e ficam também angustiados e não conseguem comer... Ela não faz de propósito, ainda não reconhece o porque da angustia, mas pode sentir que a hora da refeição é uma hora muito difícil e fica muito aflita... Esta aflição pode ser contagiosa... pega-se muito facilmente... mas esta aflição é legitima, afinal é a comer que se sustentam....”*

Mãe ouve atentamente, acena com a cabeça e refere: *“pois... eu já notei... eu agora faço isso, dou-lhe uma bolacha, estou a comer uma, e olho para outro lado... para a janela ou para o computador... faço de conta que não quero saber... que essa parte da vida dela não me interessa... mas ela olha para mim... esperta”* [e sorri].

A Alice olha de relance... Dr.^a AA diz: *“eu sei que estão a falar de mim”*.

Alice apresenta desenvolvimento adequado à idade. Jogo simbólico. Interação mantida com os adultos. Estabelece vários ciclos de comunicação.

Emite algumas vocalizações, e começa a dizer as primeiras palavras por repetição “ecolália”.

Quando Dr.^a AA volta para a secretária, a mãe continua a fazer questões sobre outras situações similares à da Alice. Ao longo da sessão partilha que ela própria foi uma criança com dificuldades alimentares. Fala sobre a dificuldade que sente que estar longe da sua família – a sua mãe e irmãs estão na Rússia. Fazem planos para se mudarem para mais perto dos sogros, mas a mãe refere que não gosta da ideia.

Reflexão

A mãe mostra-se mais disponível para falar dos seus receios. Parece recetiva à reflexão... consegue identificar algumas atitudes (como ficar preocupada com a gestão da alimentação) e no impacto que tem na Alice. A estratégia utilizada de falar pelas crianças, muito utilizada pelos técnicos da UPI, afigurou-se muito útil [podendo ser de importante transposição para minha prática].

Nota-se uma grande necessidade da mãe obter uma validação de que a Alice é uma criança “normal”.

Atitude para com a terapeuta melhor. Mais recetiva, comunicativa, mais sorridente.

Evolução da relação terapêutica. Reconhecimento do stress sentido, e transmitido para a menina. Definição de estratégias – cozinhar esparguete, massa colorida. Não olhar para ela diretamente quando lhe dá pão ou bolachas.

Muito difícil para mim descentrar-me da situação. Se por um lado penso que não deverei fazer julgamentos, por outro, o meu papel é efetivamente avaliar a situação e ajudar no desenvolvimento de estratégias, e aí, entra o julgamento e raciocínio crítico. A grande dificuldade que senti foi em assumir o raciocínio crítico, distinguindo-o de juízos de valor. A medida que descrevo a situação e reflito sobre esta família, fico muitas vezes suspensa em determinados momentos, pela dificuldade em assumir a avaliação que faço no momento. Por definição, escuta ativa não é apenas ser recetor de informação, é ser ativo na análise do que nos é dito, para poder devolver, reforçar ou o que se impuser no momento.

A Alice chega ao colo do pai, com a mãe em frente dos dois. Entram no gabinete, cumprimentam a Dr.^a AA e a observadora. A mãe senta-se à secretária, e o pai senta-se de lado, atrás da mãe, voltando o corpo para a Alice que se encontra em pé a explorar a sala.

A mãe reconhece que a filha poderá não ter vontade de comer, associando a uma componente ansiosa. Que ela própria também sente...

Nota-se uma zanga latente entre o pai e a mãe. Discordam da necessidade da menina tomar medicação. O pai defende que a medicação impediria o desenvolvimento da Julia, e que não concorda. A mãe refere que percebe, e que também acha, e não quer que a Alice *“fique um vegetal e o cérebro não desenvolva”*. No entanto, traz uma listagem de medicação que apurou em consulta aos blogs que acompanha, e valida um por um. Dr.^a AA refere que em crianças mais pequenas não se dá medicação. A mãe continua a insistir e a dizer nomes que leu. Pergunta, *“e o menino de 11 anos também não fez medicamentos?”*. Dr.^a AA responde negativamente. A mãe parece resignar-se, mas volta a questionar noutro momento da sessão. Dr.^a AA acaba por referir (possivelmente por exaustão) que em casos muito graves se pode prescrever cloropromazina, mas não é o caso da Alice, e nunca em meninos tão pequeninos. A mãe, que mantém o papel com o nome dos diversos medicamentos e uma caneta na mão, tenta escrever, e pede para a Dr.^a AA repetir. Não percebendo pede à Dr.^a AA que escreva no papel aquele nome. A Dr.^a AA alerta que *“é uma medicação muito forte, vai assustar-se, mas ela não vai precisar”*.

Parecendo compreender as vivências da filha, através da expressão verbal, mantém comportamentos de baixa sensibilidade e responsividade face à menina, olhando pouco para ela. O próprio discurso é ambivalente, por um lado diz que compreende que é difícil para a filha, por outro, continua em busca de um nome que responda a esta dificuldade.

A dada altura olha para a menina e refere: *“é uma psicopata”* (neste momento senti um arrepio em todo o corpo). Após uma pausa acrescenta: *“parece que se ri de mim... que não gosta de mim e me quer ver zangada e triste!”*.

APÊNDICE IV

APRESENTAÇÃO: STRESS PÓS-TRAUMÁTICO NO PÓS-PARTO

STRESS PÓS-TRAUMÁTICO NO PÓS-PARTO

LPI

Dezembro de 2015

Objetivos

- Apresentar resultados da literatura sobre Stress Pós-Traumático no Pós-Parto (SPTPP)
- Refletir sobre a intervenção na promoção da saúde mental e prevenção da doença, considerando os achados

Metologia

- Consulta a peritos
- Revisão da literatura (Plataforma EBSCO – CINHAL e MEDLINE; RCAAP)
- Linguagem de pesquisa: *stress post-traumatic and partum*
- 34 resultados (7 repetidos e 6 de assuntos diferentes) – 21 resultados
- Consulta bases de dados institucionais
 - OMS
 - CCE
 - DGS

Relevância do tema

- A chegada de um novo bebé é tipicamente um evento associado a muitos sentimentos antecipatórios de alegria.
 - Processo de nascimento pode ser acompanhado de sentimentos de terror, medo pela vida da mãe e da criança e sentimentos de desamparo ou perda de controlo.
- Algumas experiências de ansiedade antecipatória podem ser encaradas como normais, mas algumas mulheres na sua experiência de parto atual, preenchem critérios de diagnóstico para Stress Pós Traumático (SPTPP).

O'Donovan, A., Pezich, M., Alcorn, K., Pentick, J., Coady, D., Davis, S., Devilly, G. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30, 933-941.

Organização Mundial de Saúde

- ❑ Estas práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança.
- ❑ As adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-económico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos.

Organização Mundial de Saúde (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS

Organização Mundial de Saúde

- ❑ Nas últimas décadas as taxas de assistência institucional para o parto melhoraram
- ❑ No entanto, as pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez e parto, demonstram um quadro "perturbador"
- ❑ "No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde"
 - ❑ Violação da confiança entre as mulheres e profissionais de saúde
 - ❑ Pode ser um entrave à procura dos serviços de assistência obstétrica.
- ❑ Durante o parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis ao desrespeito e mau-trato.

Organização Mundial de Saúde (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS

Desrespeito e abuso durante o parto

Instituições de Saúde

- ❑ Violência física;
- ❑ Humilhação profunda e abusos verbais;
- ❑ Procedimentos médicos coercivos ou não consentidos;
- ❑ Falta de confidencialidade;
- ❑ Não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos;
- ❑ Recusa em administrar analgésicos;
- ❑ Graves violações da privacidade;
- ❑ Recusa de internamento nas instituições de saúde;
- ❑ Cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida;
- ❑ Detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.

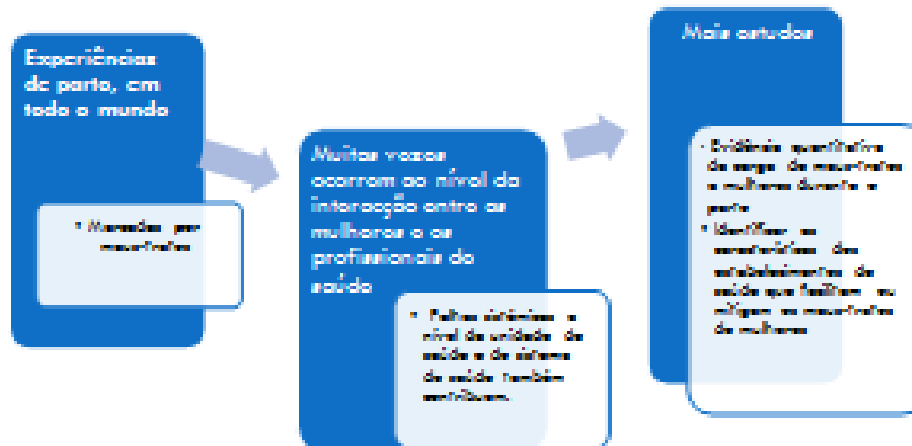
Organização Mundial da Saúde (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS

OMS – Medidas propostas

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto.
4. Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais.
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Organização Mundial da Saúde (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS

Constatando...



Belizan, M., Vogel, J., Munoz, E., Latoré, O., Nishi, S., Souza, J., Aguirre, C., Conroy, F., Doria, A., Turpele, O., Jarama, D., Chedoke, D., Nishi, R., Minde, M., Gülmezoglu, M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review

Maus-tratos durante o parto

- Abuso físico;
- Abuso verbal;
- Estigma e discriminação;
- Não cumprimento de padrões profissionais de cuidados;
- Pobre relacionamento entre mulheres e prestadores;
- Falta de cuidados de suporte, e perda de autonomia;
- Condições do sistema de saúde e constrangimentos.

Belizan, M. et al (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review

Maus-tratos durante o parto

- ❑ Consiste numa das maiores violações dos direitos humanos.
- ❑ Toda mulher tem direito ao mais alto nível possível de saúde, que inclui o direito aos cuidados de saúde de modo digno e respeitoso durante a gravidez e parto, bem como o direito de ser livre de violência e discriminação
- ❑ “as mulheres têm o direito de ser iguais em dignidade, para ser livre de procurar, receber e transmitir informações, para ser livre de discriminação, e para desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva”

Behren, M. et al (2015). The Misreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review

Maus-tratos durante o parto

- ❑ Parte dos maus-tratos relatados, podem estar relacionados com condições dos serviços, e contingências das equipas;
- ❑ Não necessariamente intencional, podendo constituir “exceção à regra”;
- ❑ No entanto, as experiências das mulheres de maus tratos devem ser vistos como tal, independentemente da intenção, pelo impacto na saúde e qualidade de vida da mulher.

Behren, M. et al (2015). The Misreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review

Consequências dos maus-tratos no parto

Para as
comunidades

- ❑ Experiências anteriores e percepções de maus-tratos, baixas expectativas dos cuidados prestados nas instalações e reputações pobres de instalações na comunidade erodiram a confiança de muitas mulheres no sistema de saúde e têm impacto na sua decisão de "se entregar" nas instalações de saúde;
- ❑ Algumas mulheres podem considerar o parto em instalações como um último recurso
 - Priorizando o cuidado culturalmente apropriado e apoio recebido de provedoras tradicionais em suas casas – onde podem parir na sua posição preferida, gritar sem medo de punição, sem qualquer intervenção cirúrgica, e sem contenções físicas.

Behren, M. et al (2012). The Maltreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review

Consequências de trauma de parto

Para as
mulheres e
suas filhas

- ❑ Depressão pós-parto
- ❑ Stress pós-traumático
- ❑ Problemas emocionais e percepções negativas acerca do RN
- ❑ Dificuldade no desenvolvimento da identidade materna e prestação de cuidados parentais

Godfrin, L, Charat, A. (1998). A experiência de pós-parto. *Revista Médica de Brasília*, 17 (1), 22-24.

Carde, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Paizano, A. (2007). Percepção da experiência de parto. *Psicologia, Saúde & Democracia*, 8 (1), 47-54.

Prevalência de SPTPP

- Cerca de 50% das mulheres reportam sintomas que indicam alguns aspetos da sua experiência de parto como traumática, e até 3,1% têm diagnóstico de SPT seis meses após o parto.

Geddes, S., O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 289-301

- Comorbilidade alta entre SPT e depressão pós-parto
 - Natureza potencialmente crónica de SPT
 - Importante encarar o sofrimento emocional no pós-parto de modo mais amplo

White T, Marthey S, Boyd K, Bennett, B. (2008) Depressão pós-parto e sintomas pós-traumáticos após o parto: Prevalência, curso e comorbilidade. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 24 (2), 107-120.

Prevalência

Amostras comunitárias

- 3,1%

Amostras de risco

- 15,7%
- Critérios: psicopatologia materna, história de trauma prévio, e complicações maternas e infantis.

Geddes, S., O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 289-301

Sintomatologia consistente com SPT

Stress pós-traumático

- ❑ Mulheres que identificam o parto como traumático e conseqüentemente desenvolvem sintomas (devido a esta experiência);

Stress "pré-traumático"

- ❑ Mulheres que identificam eventos traumáticos prévios não relacionados com o período perinatal (como abuso sexual infantil, violação ou agressão física)
 - ❑ Sintomas já se encontram presentes no período pré-natal e continuam ou agravam-se no pós-parto;

Griffin, R., O'Hare, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 289-301

Prevalência (Cont.)

SPTPP

- ❑ 21,15% critérios de SPT na sexta semana após o parto

SPT durante gravidez

- ❑ Excluindo SPT pré-existente
 - ❑ 8%

Zemke, W., Harb, C., Bergant, A. (2012). Transtorno de Stress Pós-traumático pós-parto (D) Impacto de Nascimento sobre a prevalência do Transtorno de Stress Pós-traumático (SPT) em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 20-28

Prevalência (Cont.)

Estudo Australiano, larga escala

- 3,6% das mulheres preenchem critérios de completa SPT, quatro a seis semanas após o parto.
- 5,8% aos 6 meses.

Diferenciando psicopatologia antenatal *

* Pró-ocorrência do trauma, depressão e ansiedade

- 1,2%, quatro a seis semanas após o parto
- 3,1% aos 6 meses

O'Donovan, A., Foley, M., Alamy, K., Patriak, J., Creed, D., Davis, S., Davilly, G. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30, 925-941.

Fatores de Risco (Cont.)

População em geral

Grupos de risco

- Populações de risco têm mais probabilidade de experimentar maior número de fatores de risco, e experiências mais graves em termos de trauma, depressão pós-parto e complicações perinatais
 - Fatores de risco mais impactantes nessas populações.

Griffin, R., O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 289-301.

Fatores de Risco

- Psicopatologia durante a gravidez;
- História de distúrbios psicopatológicos;
- História de patologia psiquiátrica na família*;
- Stress pré-traumático;
- Características e resultados do parto
 - Qualidade das interações com profissionais de saúde**;
 - Complicações maternas;
 - Dor;
 - Duração do parto.

Griffin, R., O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 289-301

Fatores de Risco (Grupos de risco)

- Todas as anteriores – mais forte correlação
- Sintomas depressivos;
- História de trauma;
- Perceção do suporte social e estado civil;
- Idade;
- Complicações com o bebé.

Griffin, R., O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 289-301

Fatores de Risco

□ Hemorragia primária significativa no pós-parto

Dempsey, A, Roberts, C, Brown, G. (2011). Resultados anormais e fatores de risco após parto: hemorragia primária no pós-parto (PPH) em mulheres de baixo risco. *The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 41 (3), 260-271.

- Complicações durante a gravidez
- Planeamento/desejo da gravidez
- Complicações pós-parto
- Intervalo entre gestações inferiores a 2 anos
- Fatores neonatais
- Eventos stressantes de vida
- Apoio social na maternidade

Widaman, K, Kivimäki, J, Riihelä, S, Alavaho, S. (2010). Uma revisão: Epidemiologia de Transtorno de Stress Pós-Traumático segundo ODS/ICD. *Acta Obstetrica/Gynecologica Scandinavica*, 140 (2), 108.

Fatores de Risco (Cont.)

□ Primíparas

- Forte associação com depressão pós-parto

Shcher, D, Harshbarger, J, Halberg, D, Cohen, D. (2010). Um risco para primíparas nas circunstâncias: depressão no pós-parto e síndrome pós-parto de stress pós-traumático. *Journal of Affective Disorders*, 124, 168-170.

□ Nado morto em gravidez anterior

- Principalmente se gravidez temporalmente próxima

Truax, R, Hughes, J, Gray, C, Palmer, D. (2001). Instabilidade, correlações e prevalências de transtornos de stress pós-traumático no pós-parto após morte materna. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 178, 200-200.

□ Prematuridade e baixo peso

Aloni, S, Carter, R, Hill, J, Thelagar, N. (2007). Síndrome de stress pós-traumático em mães de recém-nascidos muito baixo peso, aos 2-3 meses após parto. *Archives of Women's Mental Health*, 12 (3), 201-204.

Perspetiva de parto como evento traumático

Fatores prévios ao nascimento

- Preocupação com a saúde do seu bebé e a sua, durante o trabalho de parto e o parto;
- Expectativa de que o trabalho de parto será gerador de ansiedade;
- Ter filhos dependentes;
- Encontrar-se tão infeliz que vai chorando;
- Sentir-se assustada com a dor que podem sentir;
- Em relação a um trauma anterior, ficar irritada ou ter acessos de raiva;
- Conforto emocional durante o terceiro trimestre;
- Sentir-se, na generalidade, como uma pessoa estável;
- Sentir que se estiverem doentes e precisarem de companhia para ir ao médico, dificilmente encontraram alguém disponível.

O'Donovan, A. et al (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 29, 925-941.

Perspetiva de parto como evento traumático

Experiências Preditivas

- Controlo sentido durante o trabalho de parto;
- Comparação da vivência com as expectativas;
- Preparação para o parto;
- Crença de que o parto é associado a sorte ou azar;
- Nível de satisfação com o trabalho de parto e como lidaram com a dor;
- Tempo passado desde o parto até verem pela primeira vez o seu bebé;
- Número de dias após o parto que necessitaram de analgesia.

O'Donovan, A. et al (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 29, 925-941.

Desenvolvimento de SPT

Fatores prévios ao nascimento

- ❑ Evento traumático prévio que interferiu com as amizades;
 - ❑ Evento traumático prévio que interferiu com a vida sexual;
 - ❑ Como resultados de experiência traumática prévia autointitulam-se nervosas ou facilmente assustadas;
 - ❑ Evento traumático deixaram-nas excessivamente alerta;
 - ❑ Dificuldade em adormecer ou manter-se a dormir, como consequência de experiência
- ### Trauma prévio
- ❑ Autodenomir
 - ❑ Gostariam que outras pessoas gostassem delas;
 - ❑ Tiveram aconselhamento nos 12 meses prévios, por problemas emocionais;
 - ❑ Relato de experiência stressante durante Colpoctologia, ou exame vaginal ou ginecológica;
 - ❑ Trauma prévio de experiência de contacto sexual antes dos 18 anos, ou com alguém com mais de 5 anos que elas;
 - ❑ Como resultado de trauma anterior, sentir-se distante ou cortar relacionamento com outras pessoas em seu redor.

O'Donovan, A. et al (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30, 925-941.

Desenvolvimento de SPT

Experiências Preditivas

- ❑ Experimentar raiva, culpa ou vergonha;
- ❑ Sentir muita dor durante o trabalho de parto;
- ❑ Sentir-se como um mero expectador do que lhe está acontecendo.

O'Donovan, A. et al (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30, 925-941.

Fatores preditivos de SPT

- ❑ Sensibilidade à ansiedade de possíveis problemas no parto;
- ❑ Violação das expectativas de parto;
- ❑ Qualquer problema grave no parto atual;
- ❑ Trauma prévio (fator major)

O'Donnell, A. et al (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30, 925-941.

Fatores preditivos

- ❑ Crença islâmica
- ❑ Experiência de parto traumática
- ❑ Rendimentos familiares abaixo da média
- ❑ Trabalho de parto com complicações graves

Zahedan, Z., Vazirizadeh, S., Torreggiani, A., Jafarzadeh, T., Rezaei, S., Prasad, B. (2014). Transitions in Stress Post-Traumatic Stress Disorder: A Study of Women in Hospital during Labor and Delivery. *Midwifery*, 31.

Justificação da Problemática

Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de julho)

"a proteção de saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade"

Mental Health Europe (Comissão das Comunidades Europeias, 1999)

A promoção da saúde mental inicia-se na gravidez e parto.

O investimento centra-se no empowerment, para se manter mentalmente saudável

Justificação da Problemática

Livro verde (CCE, 2005)

Investir e intervir precocemente: combate à depressão pós-parto materna; investimento nas competências parentais; e visitas domiciliárias de enfermagem, para apoiar futuras e novas pais

Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (Direcção-Geral de Saúde, 2005)

Enfatiza a importância dos profissionais de saúde promoverem a saúde mental na gravidez e primeira infância

Importância do suporte dado pelos profissionais na atenção aos estados emocionais da mulher

Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância

- Estabelecer uma relação de confiança com a grávida e a família, preferencialmente desde o início da gestação.
- Profissional disponível e próximo da família, com formação na área da saúde física e mental da gravidez e primeira infância
 - Olhar afectuoso e atitude de escuta atenta
- Surgirão as oportunidades para detectar as situações de risco nas várias áreas.

Direção-Geral de Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientações para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS

Intervenção

- Dados insuficientes
- Benéfico discutir a experiência de parto
 - Coxon, N., McNeil, J., Murray, K. (2014). Uma revisão sistemática de intervenções lideradas pelo parto para reduzir stress pós-traumático pós-parto. *Midwifery*, 30 (2), 170-184.
- Preparação para o parto
 - Conceção realista do parto
 - Abordagem das preocupações de antecipação
 - DOR
 - Adaptação das expectativas de parto
 - Respeito pela dignidade e minimização de tratamento brusco durante o parto

Palatnik, J., Harnic, J., Baum, M., Struss, R. (2012). Síntomas de transtorno de stress pós-traumático no pós-parto e experiência de nascimento com um bebé. *The Israel Medical Association Journal*, 14 (8), 247-252.

Intervenção (Cont.)

- Ativação de fatores protetores
 - Equipa que proporciona a oportunidade para a mãe questionar durante o trabalho de parto
 - Segurança na equipa
 - Perceção de "a parceira estar no controle"

Robinson, J., Vermeiren, T., Torregg, A., Jaspersen, T., Bani, B., Pineda, A. (2014). Translating the Stress-Pain-Discomfort model to part 2: the role of the support team in obstetrics during the work of labor. *Birth*, 41, 11-17.

- Cuidados promotores da perceção de controlo e suporte durante o parto

Correia, J., Zúñiga, R. (2000). Perceção e práticas de enfermeiros de stress pós-parto: após o parto. *The British Journal Of Clinical Psychology*, 39 (1), 20-21.

Ruiz-Casas, R., Alvarado, J., Salazar, R., Ramirez, A. (2012). Perceção e fatores de risco de stress pós-parto: relacionando o parto. *Pregnancy and Childbirth*, 12, 33.

Intervenção (Cont.)

- Prevenção
 - Recolha de história cuidadosa
 - Experiência de trauma anterior
 - Pedidos de cesariana eletiva: comportamentos de evitação típicos de SPT
- Proporcionar controlo da dor durante e após o parto
- Compreender a experiência de nascimento
- Controlar a depressão pós-parto

Reynolds, A. (1997). Translating the stress-pain-discomfort model to part 1: the role of the woman. *Journal Of Obstetrics Gynaecology Canada*, 19 (6), 821-822.

Intervenção (Cont.)

- Identificação precoce
- Consistência da intervenção
- Acompanhamento sistemático
- As condições prévias de saúde mental influenciam a qualidade de vida em mulheres com trauma de parto
 - Redução da mobilidade e AVDs parece indicar que estas mulheres apresentam subjacentes outras condições crônicas ou que os problemas de saúde mental reduzem a recuperação do trauma psicológico do parto.
 - Uma acumulação de problemas físicos no pós-parto foi encontrada como um preditor significativo de elevados sintomas de SPT.

Saffran, B., Grimbis, J., Conroy, D., Perriello, J. (2013). PRIME impact of previous mental health problems on health-related quality of life in women with childbirth trauma. *Arch Womens Ment Health*, 16, 551-554.

Proposta de intervenção

UPI

- Acompanhamento de grávidas
 - Promoção da Saúde Mental
 - Preparação para o parto e maternidade
 - Capacitação para fazer valer os seus direitos e desejos
- Identificação de grupos de risco
 - Atuação individualizada em grupos de maior vulnerabilidade
- Identificação de puerperas em SPT
 - Intervenção individualizada e em grupo

Bibliografia

- Ballroom, R., Vogel, J., Herten, E., Lohr, C., Klotz, J., Jansen, J., Agaller, C., Coughlin, R., Olin, J., Torgler, C., Jansen, C., Christian, C., Klotz, E., Herten, R., Coughlin, R. (2012). The Effectiveness of Women's Group Cohesion in Health-Related Quality of Life: A Meta-Analysis. *Systems in Motion* 10, 1-17. [\(Accessed 10/03/2024\)](#)
- Cohen, R., Cohen, J., West, S., Aiken, L. (2014). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. 3rd Edition. 880 pp.
- Chen, M., O'Hara, R. (2016). Perceived social risk factors of postpartum postnatal stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 337-351.
- O'Connor, A., Pyle, R., Alamy, R., Feltz, J., Coughlin, C., Davis, J., Coughlin, C. (2016). Perceived postpartum stress: A meta-analysis. *Midwifery*, 32, 932-940.
- Organizația Națională de Statistică (ONS) (2016). *Procesul de schimbare al societății românești: o nouă etapă în evoluția europeană în învățarea de viață*. București: ONS.
- Saifuddin, M., Choudhury, J., Coughlin, C., Feltz, J. (2012). *Perceived postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.
- Felton, L., Herten, R., Jansen, J., Jansen, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis*. *Systems in Motion*, 10, 1-17. [\(Accessed 10/03/2024\)](#)
- Organizația Națională de Statistică (ONS) (2016). *Procesul de schimbare al societății românești: o nouă etapă în evoluția europeană în învățarea de viață*. București: ONS.
- Thompson, J., Ballroom, R., Herten, R. (2011). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 13, 221-226.
- Choudhury, J., Choudhury, J., Coughlin, C., Feltz, J., Coughlin, C. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.
- Choudhury, J., Choudhury, J. (1998). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 17, 1, 221-226.
- Nayyar, V., Choudhury, J., Choudhury, J., Choudhury, J., Choudhury, J., Choudhury, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.

Bibliografia

- Organizația Națională de Statistică (ONS) (2016). *Procesul de schimbare al societății românești: o nouă etapă în evoluția europeană în învățarea de viață*. București: ONS.
- Turk, R., Herten, R., Jansen, J., Jansen, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.
- Choudhury, J., Choudhury, J., Choudhury, J., Choudhury, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.
- White, T., Herten, R., Jansen, J., Jansen, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.
- Choudhury, J. (1998). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 17, 1, 221-226.
- Choudhury, J., Choudhury, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.
- Choudhury, J., Choudhury, J., Choudhury, J., Choudhury, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.
- Choudhury, J., Choudhury, J. (2012). *Effectiveness of postpartum stress: A meta-analysis of health-related quality of life in women with children in home*. *Arch Women Ment Health*, 14, 221-226.

APÊNDICE V

**REGISTO DE CONSULTA A GRÁVIDAS, NO CENTRO COMUNITÁRIO DE SAÚDE
MENTAL**

A Sara (nome fictício) é uma mulher de 27 anos, casada, com diagnóstico médico de depressão e ansiedade. Trabalha como auxiliar de educação num jardim de infância. Gravidez planeada e vigiada. Antecedentes obstétricos de aborto espontâneo por volta dos 5 meses de gravidez. Apresenta-se ansiosa, com gesticulação aumentada, fâcias com expressão móvel, olhar fugidio. Humor hipotímico. Discurso fluente mas por vezes saltuário. Dificuldades de aceitação da gravidez por parte do seu pai, seja por considerar que a Sara não tem competências para cuidar de uma criança, ou por preocupação com estado de saúde da filha [de acordo com o que referiu ao genro]. Este é um fator stressor para a Sara, denotando-se aumento dos sinais de ansiedade quando aborda o assunto.

Não obstante isto, a gravidez foi planeada e, de acordo com Sara, muito desejada. Já escolheu nomes para se for menino ou menina, tendo a sensação que será um menino. Apesar de referir cansaço, já escolheu nomes para o bebé, e às 13 semanas refere já sentir o bebé, denotando-se uma componente de apego em desenvolvimento, denotando a importância das expectativas de maternidade na disponibilidade para esta transição. Um dos fatores protetores identificado é o apoio familiar do marido de modo consistente. A intervenção de enfermagem focou-se na capacitação de estratégias de controlo de ansiedade, tendo sido ensinada técnica de respiração.

Por sua vez, a Elisa (nome fictício), tem cerca de 40 anos, diagnóstico de depressão com conteúdo psicótico. Gravidez não planeada, vigiada, estando grávida de 14 semanas. Filho de 11 anos, nascido em Cabo Verde. Imigrou para Portugal em 2009. Primeiro diagnóstico de depressão em 2008. Descobre que está grávida às 4 semanas, tendo suspenso a medicação (antes de vir à consulta). Testemunha de Jeová, sendo acompanhada à consulta pelo marido ou por uma amiga pertencente à Igreja. Apresenta um fâcias triste, expressão facial pouco móvel. Não consegue desenvolver como foi o nascimento e primeiros tempos de vida do filho. Não refere a gravidez, e quando abordada sobre o assunto, realça o aumento do cansaço associado ao trabalho.

Quando me deparo com esta senhora, questiono-me como irá proporcionar experiências prazerosas ao seu bebé, e como será esta interação precoce. O irmão mais velho é descrito como um menino expressivo, com algumas dificuldades de aprendizagem, mas muito comunicativo. Por sua vez, o marido é descrito como

afetuoso com o filho e a esposa, e dedicado à família, podendo fornecer suporte e minimizar as possíveis limitações da interação diádica.

APÊNDICE VI

ESTUDO DE CASO



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA

2015/2016

Unidade Curricular:

Estágio Hospitalar

Projeto “Maternidade e Saúde Mental”

ESTUDO DE CASO

Michelle

Discente: Susana Lourenço Fernandes Lima, N°6052

Turma 4

Lisboa,

Janeiro de 2016



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA

2015/2016

Unidade Curricular:

Estágio Hospitalar

Projeto “Maternidade e Saúde Mental”

ESTUDO DE CASO

Michelle

Discente: Susana Lourenço Fernandes Lima, N°6052

Enfermeira Orientadora: EESMP Andreia Santos

Docente: Prof. António Nabais

Lisboa,

Janeiro de 2016

SIGLAS

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

EESMP – Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

RSI – Rendimento Social de Inserção (criado em 1996. Lei n.º 19 A-96, de 31 de Julho de 1996.

SU – Serviço de Urgência

Índice

INTRODUÇÃO	7
1. APRESENTAÇÃO DA CLIENTE	8
1.1. História de vida	9
1.2. Genograma	17
1.3. Ecomapa	Error! Bookmark not defined.
2. INTERVENÇÃO	19
2.1. Modelo conceptual	19
2.2. Revisão de conceitos	20
2.3. Plano de cuidados.....	21
2.4. Intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducativo	40
2.5. Terapêutica farmacológica.....	57
3. RELAÇÃO DIÁDICA	59
4. CONCLUSÃO	67
5. BIBLIOGRAFIA.....	70
APÊNDICE I	
REGISTO DE INTERAÇÕES	

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso surge no contexto de estágio hospitalar, inserido no curso de mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), norteado pelo projeto *Maternidade e Saúde Mental*.

Este estudo de caso foi desenvolvido com o intuito de ser uma ferramenta estratégica na análise do desenvolvimento de competências para obtenção do grau de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiática (EESMP), considerando o desenvolvimento de competências nas quatro unidades de competência definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), associando-se a finalidade de responder às seguintes questões norteadoras:

- Quais os comportamentos interativos observados na mãe, na interação diádica?
- Quais as respostas comportamentais da criança face ao comportamento materno?
- Que fatores influenciam o processo de interação diádica?
- Qual o contexto sociofamiliar da díade?
- Quais os fatores de risco acrescido no desenvolvimento de perturbação de vinculação?
- De que modo o estado de saúde mental materno interfere na autoperceção da vinculação com os filhos?

Foi construída história de vida de modo muito progressivo, evitando intrusão, com os temas a serem abordados há medida que a relação terapêutica evoluiu. Assim, existem vários dados em falta, por não serem relevantes para a relação terapêutica e para o processo de cuidar. Os nomes de todos os intervenientes são fictícios.

Primeiro componente descritiva da situação, seguindo-se da história de vida. Será apresentado o plano de cuidados, as intervenções de âmbito psicoterapêutico e a terapêutica farmacológica, seguido de análise das questões orientadoras do estudo de caso. Na conclusão apresento uma breve análise dos resultados, e a avaliação da minha postura enquanto interveniente.

APRESENTAÇÃO DA CLIENTE

A Michelle (nome fictício) é uma mulher de 26 anos, de nacionalidade Angolana, com visto de residência português, residente no concelho de Sintra. Idade aparente coincidente com idade real. Peso adequada à altura.

É a segunda de cinco irmãos, tendo sido adotada pelo tio materno e esposa, assim como a sua irmã mais velha. Os pais biológicos morreram. Apenas descobre que é adotada em 2015. Pais adotivos residem em França desde 2013. Tem um filho de 5 anos, cuja guarda está à responsabilidade do ex-companheiro – Geraldino (nome fictício), residente em Loures. Situação acompanhada pela CPCJ.

Vive em casa de amiga, com amiga, marido e dois filhos, pai e irmão mais novo desta.

Crente na Igreja Evangélica, frequentando diversas congregações da Igreja Evangélica desde criança.

Diagnóstico de perturbação bipolar tipo I, desde os 13 anos.

Recebe Subsídio de reinserção social (RSI), e encontra-se empregada num estabelecimento comercial associada a instituição psiquiátrica.

Está integrada na equipa comunitária de psiquiatria de Queluz da área de residência.

História de vida marcada por sentimentos de perceção de abandono e dificuldades de identidade pessoal.

Adesão ao regime terapêutico, com maior evidência para o regime medicamentoso muito irregular, verificando múltiplos reinternamentos em serviços de psiquiatria.

Internada no serviço de psiquiatria do HFF desde 9 de Dezembro de 2015 a 20 de Janeiro de 2016, em contexto de episódio maníaco.

Durante internamento, considera-se a hipótese de metabolização rápida – devido a dificuldades anteriores de adaptação à terapêutica – e altera-se medicação. Inicia amilssulpride, com boa resposta.

Exames complementares de diagnóstico (ECG) sem alterações.

Análises laboratoriais sem alterações significativas, à exceção de hiperprolactemia secundária a iatrogenia medicamentosa (09/01). Na altura

com queixas de galactorreia. Regularizada após ajuste terapêutico. (retirada gradual de amissulpride, com início de flupentixol dêpot).

Associam-se intervenções de âmbito psicoterapêutico, incentiva-se a participação nas atividades de grupo com terapeuta ocupacional, e apoia-se o treino de competência de interação social.

O pai do filho não comparece à entrevista familiar marcada.

Durante o internamento com visitas esporádicas da amiga com quem reside. Não recebe telefonemas. Telefona à amiga e ao pai do filho.

Verifica-se uma melhoria progressiva do estado de saúde mental, com estabilização do humor. *Insight* aparentemente total. Mantém autopercepção comprometida, com uma componente de aumento da valorização pessoal, a nível de discurso, desresponsabilizando-se das situações, mas ambivalente no sentido em que aceita o mau trato e abuso como se fosse merecedora destes.

Tem alta, medicada com diplexil, flurazepam, ácido fólico e dêpot com flupentixol 80mg. Referenciada à equipa comunitária.

Sai acompanhada de amiga, Carmo, com quem reside.

Após a alta, falta a duas marcações de consulta na equipa comunitária, recorrendo apenas para o Dêpot.

1.1. História de vida

Os dados apresentados foram colhidos ao longo das entrevistas, através de consulta do processo clínico, e com recurso aos dados resultantes da atividade *Linha da vida*.

1989

Nasce em Angola, sendo a terceira filha do casal. Como é a primeira menina chamam-lhe *Matondo Cordi*, que significa “Graças/Obrigado ao corpo de Deus”. Pais são *designers*. Ainda durante a primeira infância (menos de 1 ano) ambos os pais morrem, o pai de acidente e a mãe doente (não sabe especificar).

É adoptada por tio materno e esposa deste, que já tinham adoptado uma menina, também sobrinha do casal (pais desta vivos). De acordo com a mãe adoptiva, estas adopções resultaram da

perspetiva de serem inférteis. Mais tarde, o casal tem mais três filhos (biológicos).

Descreve uma infância feliz, em que *“deram a papinha toda pronta”*, desconhecendo a realidade da adopção. Fala da família adoptiva, como uma família modelo *“para fora”*. Religiosos, frequentam a Igreja Evangélica. Ao longo das interações, apura-se um ambiente familiar com violência doméstica, em que o pai agride física e verbalmente a mãe, de modo repetido.

Passa diversos períodos em Espanha, em casa de uma tia – irmã da mãe adoptiva – durante as férias escolares. Recorda estes períodos com agrado.

2002 Tem o primeiro internamento aos 13 anos, descrevendo sintomatologia consistente com episódio maníaco. Diagnosticam perturbação bipolar, e é medicada com valproato de sódio. A identificação do problema foi feita pela mãe – relatos de humor irritável, grandiosidade, necessidade de dormir diminuída, agitação psicomotora e psicose –, que a acompanha a um serviço de urgência.

2006 Como marco identifica a idade de 17 anos, em que se regista um aumento de peso e amenorreica *“estava mais gorda e não tinha o período”*. Queixando-se deste aspeto ao médico de família, é encaminhada para uma consulta ginecológica, onde é submetida a exame ginecológico, com utilização de especulo. Refere este facto pelo facto de ter sido doloroso e ter sangrado. Quando relata à mãe, esta refere *“eu não queria que fizesses esse exame, porque eras virgem... mas o médico achou melhor, e agora já está”*.

2009 Com 20 anos, conhece o Geraldino, com quem se encontra algumas vezes. É o seu primeiro namorado. Na altura comunica ao Geraldino que não terá relações sexuais antes do casamento.

Inicia período com toma de medicação irregular, por queixas de aumento de peso.

2010 Em Novembro de 2010, a mãe encontra-se grávida da irmã mais nova. O pai não está no país. Relata uma *“grande discussão! Sai a correr, pelas escadas, e ela, grávida de fim de tempo, correu atrás*

de mim, de pijama, e pede de joelhos que volte para casa! Respondi: só te ajoelhas diante de Jeová, teu Deus!”.

Volta para casa, mas nesse dia, foge de casa. Passa noite numa paragem de autocarro porque não sabe onde se dirigir. Procura o Geraldino num bar onde o costumava encontrar, pois não tem dados sobre ele.

Fica com Geraldino durante 2 dias, tendo relações sexuais pela primeira vez. Esta situação é descrita com alguma ambivalência. Refere que pretendia ter relações sexuais apenas dentro do casamento, e que fica triste quando o Geraldino lhe dá um pano branco para se limpar, e comenta o facto de não ter sangrando. Michelle relata-lhe a experiência no exame ginecológico.

Mãe anda à sua procura, tendo realizado registo na polícia. Acaba por ser encontrada pela irmã mais velha, e volta para casa.

2011

Em Junho de 2011, impulsionada por amigos, que na praia lhe dizem que parece grávida, pede um teste de gravidez à médica de família. A irmã mais velha vai buscar o resultado do teste, abre e telefona a Michelle a informar que está grávida. Quando a Michelle chega a casa encontra a família reunida assim como o pastor da igreja, e a irmã entrega-lhe o envelope com o resultado para que conte à família o resultado.

Perante isto, o pai expulsa-a de casa, e a Michelle vai viver com o Geraldino, numa casa onde vive com a irmã do Geraldino, e o seu filho, e um amigo do Geraldino. Gosta da casa e descreve-a com orgulho *“parecia um palácio... tínhamos uma suite só para nós...”*.

Em Julho nasce o filho, de parto eutócico. O companheiro acompanha-a no parto. Michelle fala deste facto, referindo que se sentiu acompanhada e cuidada, *“O G. esteve comigo e cortou o cordão...”*. Tem alta ao fim de 3 dias, voltando para casa do Geraldino.

Ao fim de 4 meses é internado no serviço de psiquiatria por depressão pós-parto. Durante este internamento o filho fica ao cuidado da mãe da Michelle. Internamento de cerca de duas semanas. Relata desconforto da mãe em cuidar do neto, pois o pai

[adotivo] da Michelle – que se encontra em Espanha nesta altura – não o quer lá em casa quando voltar.

2012 No dia do primeiro aniversário do filho telefona à mãe, para relembrar o aniversário do neto. Encontra-se no aeroporto a aguardar o voo para emigrar para França.

Durante o primeiro ano de vida do filho, relata muitas discussões com o companheiro, relacionadas com dúvidas deste relativamente à paternidade do filho. Até que um dia diz “Sérgio, tu és mesmo meu filho, porque eu vi-te nascer...”.

Episódios de violência doméstica, segundo a Michelle “bateu-me cinco vezes...”. Michelle refere que na primeira vez mereceu.

2013 Em 2013, entre Março e Abril, vive com Geraldino, e têm de mudar de casa, por questões financeiras. Abandono da medicação.

Relatos de não dormir, agitação e angústia. Fica à espera do Geraldino sempre que este sai de casa. Encontra mensagens escritas no telemóvel do Geraldino, de uma anterior relação, e descobre que esta senhora é a fiadora da nova casa onde se encontram.

Sai de casa e vai viver com a irmã mais velha. Fica doente, durante o mês de Abril, estando internada cerca de uma semana. Tem alta, ficando “*ao cuidado da irmã*”. Mantém a guarda do filho.

Vivem em casa dos pais adotivos, que haviam emigrado para França no início do ano. Por indicação da mãe têm de sair de casa até ao final do mês. A irmã opta por emigrar também. Michelle sai de casa.

Após ter de sair da casa da irmã, procura apoio em diversos organismos (Santa Casa da Misericórdia, Segurança Social, entre outros), e cansada de andar com o filho ao colo, senta-se numa paragem de autocarro, conta a uma senhora que lá estava a sua situação. A senhora oferece-lhe um quarto em troca de ajuda nos custos da alimentação.

“Mas foi a pior coisa que eu fiz... eu não estava muito bem, já estava um bocado descompensada, e ela também tinha os seus

demónios... e quando dei por ela, tinha um bombeiro a falar comigo no quarto...”.

Em Julho é internada tendo sido a senhoria a referenciar a situação de descompensação da Michelle, e referenciando o menor à CPCJ.

Relativamente a este internamento, refere: *“tive uma crise de não mexam nas minhas coisas... o Pedro, primo da Sónia, chamou a polícia. (...) A Sónia é testemunha de Jeová e tem um salão... eu tenho emprego garantido no salão...”.*

Internada no serviço de psiquiatria um hospital central, até 7/07/2013, com alta referenciada a uma associação de reabilitação psicossocial, medicada com Quetiapina 900mg/dia, Olanzapina 10 mg/dia, Haloperidol 10mg/dia, lítio 1200mg/dia e Pantoprazol 40mg/dia.

Oito dias após a alta recorreu ao SU do mesmo hospital, apresentando “discurso desorganizado, afrouxamento de associações, delírios místicos e humor disfórico”. Transferida para hospital da área de residência.

Na altura com “ideação delirante, humor expansivo (...) comportamentos de oposição, desconfiança, colorido histeriónico, falsos reconhecimentos, esboçando ideação persecutória”. Necessitou de contenção farmacológica.

Ainda no SU, apresenta-se “muito inquieta, vocalizações espontâneas não relacionadas com o contexto que sugerem atividade alucinatória. Contacto distónico, pensamento com afrouxamento de associações e frequentes comportamentos de oposição”. Internada em regime de internamento compulsivo, de acordo com a Lei n.º 36/98, de 17/07/2013 a 3/09/2013.

Na altura fala do filho que já não veria há 3 meses e chora.

Refere o pai do filho como contacto de referência, sendo a figura de apoio que emerge do seu discurso. Diz que o contacto se encontra na bíblia junto com uma fotografia do filho. Pede que não se contacte a família porque *“não os quer chatear, a mãe telefonou-lhe e disse à irmã Gina para ir para Angola e para eu começar do*

zero... é o que estou a fazer... um casa tem de ser construída com os alicerces sólidos, com princípios”.

Durante este internamento, alterada terapêutica farmacológica com melhoria progressiva do quadro. Discutidos métodos anticoncepcionais eficazes para o pós-alta, tendo concordado com Implanom® que foi colocado durante internamento. Tem alta com humor eufímico, contacto sintónico, sem ideação delirante e com crítica total à sua doença. Medicada com valproato de sódio (1500mg/dia) e amissulpride (1000mg/dia).

Aquando da alta clínica, a 13 de Agosto de 2013, fica a aguardar resolução da situação social, pois a associação que a acompanhava anteriormente recusa o seu reingresso. Familiares próximos (pais) encontram-se a residir em França, ex-companheiro reside em Loures. Michelle refere que tem como projeto pedir a amiga da mãe para que a receba.

Pede ajuda para procurar a Bíblia, já anteriormente referida, onde tem os contactos, incluindo o da mãe. Não se encontram pertences no espólio.

A 16 de Agosto, realizada visita domiciliária a casa da senhora (amiga da mãe). Encontram filho de senhora que refere que a mãe se encontra de férias e só voltará a 8 de Setembro. Refere que apenas teve conhecimento do internamento da Michelle através de um elemento da Igreja Evangelista. Parece preocupado e afetuoso. Não pode decidir o acolhimento temporário da Michelle, tendo já referido esse aspeto à Michelle durante uma visita no hospital. Quando volta, a senhora refere não poder fornecer suporte residencial a Michelle, e fornece o contacto da mãe da Michelle (residente em França).

Realizado contacto com a mãe da Michelle, que não tinha conhecimento do internamento da filha. É contextualizada toda a situação. Refere que não a pode receber em França (mau relacionamento com o pai), e que irá tentar apoio junto de pessoas conhecidas, ou alugar um quarto. Realizados vários contactos com a mãe, e a Michelle acaba por residir em casa de irmãos de um

Pastor, a partir de Setembro de 2013. Frequenta Fórum sócio-ocupacional durante a semana.

2014 Em Março de 2014 abandona o Forum por não conseguir assegurar as prestações do passe social – perdeu RSI.

Vive com irmão do pastor, e uma irmã deste e seu filho, até Janeiro de 2015 – altura em que vai para Espanha

Tem um relacionamento amoroso com um dos companheiros de casa, do qual fala manifestando desilusão e desapontamento – refere ter sido enganada e roubada. Durante este período, começou a entregar o dinheiro que recebia ao Miguel, “porque como sou bipolar, ele sabia, que eu gastava mal o meu dinheiro, e assim ele controlava... e estava a guardar para tratar da minha nacionalidade... e ele ia abrir uma empresa e então eu dava-lhe o dinheiro para ajudar a abrir a empresa (...) depois fui para Espanha e quando voltei, ele não tinha tratado de nada... roubou-me...”

Este sentimento motivou o seu afastamento da comunidade religiosa (que frequentava desde criança).

2015 Em Janeiro de 2015 viaja para Espanha, ficando em casa dos tios maternos (adotivos).

Em Espanha, em casa dos tios, não se sente acolhida como anteriormente – *“era a Cinderella, uma gata borralheira... tinha que fazer tudo, cuidar da casa e das crianças...”*.

Durante este período toma medicação de modo descontinuado. Ajuste de medicação em consulta médica. Medicação habitual: Depakine Chrono 500mg 2x/dia; Olanzapina 10 mg/dia.

Em Maio, a mãe adotiva e a avó chegam de França, para irem a Angola, onde tratariam de obter os documentos necessários para a nacionalidade.

Chegadas a Angola, a mãe e a avó contam-lhe a verdade sobre a sua adoção. Conhece um dos seus irmãos. A mãe e avó adotiva voltam para França, ao fim de 2 semanas.

Fica em Angola durante 3 meses, em casa do irmão biológico, voltando a 9 de Agosto para Espanha. Durante o período em Angola

suspendeu totalmente toma de medicação – por se sentir bem e a conselho do irmão.

Por sua vontade, volta a Portugal dia 5 de Setembro de 2015.

Quando volta de Espanha vê-se impossibilitada de voltar para casa do pastor, segundo o qual ele próprio fica sem habitação, por ter dois dias para entregar a casa. Foi então que se lembrou do número da Carmo, e telefonou-lhe, que se disponibilizou para a receber.

Reside em casa da Carmo desde 6 de Setembro.

Fica com o filho em fins-de-semana alternados.

Em Novembro começa a trabalhar no Psicopratos.

Internamento no serviço de medicina do HFF, com diagnóstico médico de hipoglicémia, com alta a 5 de Dezembro de 2015. Durante este internamento a pessoa dada como contacto de referência foi o pastor Moisés.

Recorre ao serviço de urgência do HFF, acompanhada por Geraldino, em contexto de descompensação em fase maníaca.

Internada a 9 de Dezembro no serviço de psiquiatria.

Ao longo de todo o internamento, os acontecimentos de vida realçados são os mesmos, alterando apenas a organização do discurso. A ênfase é colocado nas questões de identidade e pertença, no sentimento de abandono e desamparo.

INTERVENÇÃO

A prestação de cuidados de enfermagem numa abordagem holística pode basear-se em várias teorias, que têm em comum o fato de lidarem com a pessoa como um ser completo. O que muda é o enfoque dada a cada um dos conceitos do metaparadigma: interpretando a relação pessoa/ambiente, a forma de abordagem da enfermagem e diferenciando-se no seu conceito de saúde e doença (Papathanasiou, Sklavou & Kourkouta, 2013).

1.3. Modelo conceptual

Assim, a intervenção junto da cliente baseia-se no modelo conceptual de Peplau – Enfermagem Psicodinâmica (Tomey & Alligood, 2004), com ênfase nas relações interpessoais.

Saúde mental é um conceito amplo, que não pode ser encarado apenas numa perspetiva dicotómica face à ausência de doença. Numa dimensão positiva da saúde mental, surge o conceito de dinamismo e mutação, em que o indivíduo, ao longo do ciclo vital, se vai posicionando de modo diferente, num *continuum* de saúde/doença, de acordo com os níveis de bem estar (Sequeira & Sá, 2010).

Início com uma breve revisão de conceitos sobre a patologia, não me alongando muito, de modo a suportar a minha intervenção, mas não permitindo que a limite, considerando o conhecimento do quadro patológico importante mas é ínfimo na abordagem à pessoa.

Por outro lado, a abordagem às questões que orientam o estudo de caso, a análise será feita à luz dos contributos de Mercer, com o modelo de consecução do papel maternal.

Esta diferenciação resulta do reconhecimento que a abordagem à cliente não se poderá nortear por fins académicos, sem respeito pelas suas necessidades de cuidados, sendo os contributos para o estudo de caso os dados obtidos no decorrer da intervenção levada a cabo, com a finalidade de apoiar na recuperação da doença e promoção da saúde mental.

1.4. Revisão de conceitos

Perturbação bipolar tipo I, que de acordo com DSM V se caracteriza por existência de sintomatologia maníaca ou episódios mistos.

Existe evidência de que na base da perturbação bipolar se encontra um desequilíbrio químico a nível cerebral, no entanto, a etiologia deste desequilíbrio não está esclarecida. Assim, Townsend (2011), defende maior credibilidade nas teorias que consideram a combinação de fatores hereditários e fatores ambientais, como os acontecimentos de vida stressantes a atuarem como desencadeadores.

Segundo o estudo epidemiológico de saúde mental, a prevalência da perturbação bipolar em Portugal é de 1,1% (Caldas de Almeida, 2010). Saúde mental é um conceito amplo, que não pode ser encarado apenas numa perspetiva dicotómica face à ausência de doença. Numa dimensão positiva da saúde mental, surge o conceito de dinamismo e mutação, em que o indivíduo, ao longo do ciclo vital, se vai posicionando de modo diferente, num *continuum* de saúde/doença, de acordo com os níveis de bem estar (Sequeira & Sá, 2010).

O episódio comportamental mais recentemente apresentado é um episódio hipomaníaco. Na situação concreta da cliente, à data de internamento estiveram presentes os seguintes sintomas: auto-estima aumentada; diminuição da necessidade de dormir; mais falador do que habitual, verificando-se pressão para se manter a falar; fuga de ideias e distratibilidade (APA, 2015).

Associada à psicofarmacologia, as intervenções familiares surgem como fundamentais na prevenção de reincidências e na melhoria do ajuste à doença, com evidência a nível do aumento da eficácia do tratamento.

Termino definindo dois conceitos chave na análise deste estudo de caso: vinculação e *bonding* – apego.

Vinculação sendo um processo recíproco, é definida como uma “estreita relação emocional entre duas pessoas, caracterizado pelo afecto mútuo (...) e o desejo de manter a proximidade” (Martins, 2012, p. 32).

Por sua vez, ***bonding*** é utilizado para descrever a disponibilidade emocional da mãe, para estabelecer o vínculo com o seu bebé, iniciando-se durante a gravidez ou após o parto.

1.5. Plano de cuidados

De acordo com a OE (2010, p.2), “a enfermagem de saúde mental foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. Este processo inicia-se com uma correta avaliação do estado de saúde mental do cliente, com identificação das necessidades de intervenção, o levantamento de diagnóstico de enfermagem e implementação de intervenções adequadas ao cliente e ao problema identificado, constituindo o processo um indicador de qualidade dos cuidados – a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2015).

Assim, é apresentado o plano de cuidados, de acordo com os principais diagnósticos de enfermagem identificados:

Confusão;

Auto-cuidado: comportamento sono-repouso ineficaz;

Auto-cuidado: vestuário ineficaz;

Euforia;

Risco de não adesão [ao regime terapêutico];

Relação dinâmica ineficaz;

Auto-estima comprometida.

Ao longo do internamento, a Michelle apresenta-se com aspeto progressivamente mais cuidado, expressão facial móvel, olhar direto, verificando-se uma melhoria gradual do humor e estabilização do sono.

Através do incentivo na participação nas atividades recreativas, e treino de competências, verifica-se, também uma melhoria nas relações interpessoais no internamento. No que concerne às relações familiares, considerando a inexistência de visitas, foram trabalhadas apenas num plano conceptual, com as evidentes limitações daí decorrentes.

Discurso sempre centrado no percurso de vida. Progressivamente mais organizado, mas com enfoque nas relações interpessoais com os pais e o ex-companheiro. Mantém tendencialmente uma atitude de desresponsabilização das situações.

Data: 9 de Dezembro a 22 de Dezembro	
Foco: “ <u>CONFUSÃO</u> ”: compromisso da memória, com desorientação <u>em relação ao tempo</u> , local ou pessoa, desorientação, discurso incoerente, <u>agitação</u> ” (CIPE, 2011, p.46)	
Diagnóstico	Confusão Sim em grau reduzido
Resultados Esperados	Orientação em todas as referências e pensamento organizado
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico; - Gerir ambiente: Segurança; - Orientar para a realidade; - Promover expressão de sentimentos; - Escuta ativa.
Avaliação	<p>ORIENTAÇÃO EM TODAS AS REFERÊNCIAS E PENSAMENTO ORGANIZADO</p> <p><u>9 de Dezembro</u></p> <p>Discurso perceptível, com sentido mantido mas muito desorganizado com polipsiquismo. Orientada na pessoa e no espaço. Grosseiramente orientada no tempo. Compreensão das metáforas.</p> <p><u>14 de Dezembro</u></p> <p>Discurso circunstancial com saltuário. Não se apuram nem se excluem da percepção.</p> <p>Orientada em todas as referências. Dificuldade em fornecer dados cronológicos.</p> <p><u>15 de Dezembro</u></p> <p>Agitação psicomotora e confusão durante a noite, necessita de medicação em SOS.</p> <p><u>16 de Dezembro</u></p> <p>Discurso desorganizado, com sentido mantido.</p> <p>Discurso sugestivo de alterações da percepção, com conteúdo de grandiosidade “<i>eu sei o que andam aqui a fazer e os seus segredos</i>”.</p>

	<p>Orientada na pessoa e no espaço, mantém-se grosseiramente orientada no tempo.</p> <p><u>22 de Dezembro</u></p> <p>Não se identificam alterações da perceção e do pensamento. Discurso mais organizado. Sem saltuário.</p> <p>Orientada em todas as referências.</p> <p><u>11 de Janeiro</u></p> <p>Orientada em todas as referências. Pensamento organizado, discurso fluído, circunstancial. Não se apuram alterações do conteúdo do pensamento nem da perceção.</p>
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	<p>Prevenção de complicações</p> <p>Promoção da saúde</p> <p>Bem-estar e autocuidado</p> <p>Adaptação</p>

Foco: <u>“AUTOCUIDADO: COMPORTAMENTO SONO-REPOUSO: assumir as necessidades de um sono reparador, arranjar local e oportunidade para dormir, organizar as horas de sono e repouso”</u> (CIPE, 2011, p.56)	
Diagnóstico	Auto-cuidado: comportamento sono-reposo ineficaz
Resultados Esperados	Comportamento sono-reposo eficaz
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico; - Ensinar a cliente sobre a importância do sono-reposo; - Ensinar a cliente sobre a importância das atividades diurnas [no estabelecimento do ritmo circadiano]; - Incentivar a deambulação durante o dia; - Providenciar participação nas atividades recreativas; - Gerir medicação prescrita.
Avaliação	<p>COMPORTAMENTO SONO-REPOUSO EFICAZ</p> <p><u>9 de Dezembro</u></p> <p>Registo de alterações de sono, com insónia [quase] total, em contexto de fase maníaca, desde 5 de Dezembro. Não</p>

	<p>cumprir terapêutica farmacológica.</p> <p>Cliente apresenta-se sonolenta, com andar arrastado (aparentemente secundário à medicação administrada à entrada por inquietação e agitação psicomotora).</p> <p>Passa grande parte do dia no leito.</p> <p><u>15 de Dezembro</u></p> <p>Muito agitada. Necessitou de medicação em SOS durante a noite.</p> <p><u>16 de Dezembro</u></p> <p>Dormiu melhor durante a noite. Mantém-se sonolenta durante o dia. Participa nas atividades sob incentivo, e receptiva a estímulo de deambulação.</p> <p><u>22 de Dezembro</u></p> <p>Ciclo de sono-reposo restabelecido. Dorme durante a noite, com recurso a terapêutica prescrita em horário (flurazepan), e participa espontaneamente nas atividades recreativas. Inserida no grupo, mantendo-se ativa durante o dia.</p>
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	<p>Prevenção de complicações</p> <p>Bem-estar e autocuidado</p> <p>Adaptação</p>

Foco: <u>"AUTOCUIDADO: VESTUÁRIO:</u> encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir (...)" (CIPE, 2003, p.55).	
Diagnóstico	Auto-cuidado: vestuário ineficaz
Resultados Esperados	Autocuidado vestir eficaz
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico [Facilitar o uso de itens pessoais]: - Assistir no autocuidado arranjar-se; - Promover autoresponsabilização; - Promover autoperceção adequada.
Avaliação	VESTIR ADEQUADO

	<p><u>14 de Dezembro</u></p> <p>Humor hipomaniaco. Veste roupas em sobreposição, de modo inadequado, com top a sobrepor pijama, e meias por fora das calças.</p> <p><u>16 de Dezembro</u></p> <p>Apresentação bizarra, com o cabelo em pé “<i>sou o Wolverine</i>”; e andar de meias “<i>são sapatos adaptados</i>”</p> <p><u>22 de Dezembro</u></p> <p>Utiliza a mesma roupa pelo terceiro dia consecutivo. Mantém-se de meias por cima dos chinelos.</p> <p><u>30 de Dezembro</u></p> <p>Vestida de modo adequado. Situação que se mantém até à alta.</p>
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	<p>Prevenção de complicações</p> <p>Bem-estar e autocuidado</p> <p>Adaptação</p>

Data: 9 de Dezembro a 30 de Dezembro	
Foco: “ <u>EUFORIA</u> : sentimento de júbilo, alegria e optimismo, com sensação exagerada de bem-estar físico e emocional, não se baseando na realidade e não sendo proporcional à situação” (CIPE, 2011, p.53)	
Diagnóstico	Euforia Sim
Resultados Esperados	[Humor eutímico]
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar humor; - Determinar limites comportamentais; - Comunicar expectativas comportamentais; - Dar <i>feedback</i> positivo [perante comportamentos de autocontrolo]; - Manter rotina [equilibrar momentos de atividade e descanso]; - Monitorizar ingestão de líquidos e nutrientes limitando as substâncias psicoativas;

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar alterações comportamentais e desadequações do discurso; - Gerir ambiente [controlo de estímulos]; - Assistir cliente a examinar as perceções irrealistas acerca de si mesmo;
Avaliação	<p>HUMOR EUTÍMICO</p> <p><u>9 de Dezembro</u> Humor hipomaníaco, com gesticulação frequente. Interrupções frequentes do discurso do outro, com toque frequente e aproximação exagerada face ao outro.</p> <p><u>14 de Dezembro</u> Humor hipomaníaco Postura sedutora e desinibida. Gesticulação frequente.</p> <p><u>15 de Dezembro</u> Sonolenta e com andar arrastado secundário a administração de antipsicóticos SOS (durante a noite por agitação psicomotora)</p> <p><u>15 de Dezembro</u> Apresentação bizarra, com o cabelo em pé <i>“sou o Wolverine”</i>, e andar de meias <i>“são sapatos adaptados”</i> Contacto distónico, com postura desinibida. Discurso sugestivo de alterações da percepção, com conteúdo de grandiosidade <i>“eu sei o que andam aqui a fazer e os seus segredos”</i></p> <p><u>22 de Dezembro</u> Contacto sintónico. Mantém olhar fixo. Humor instável, oscilando entre discurso hipertímico, postura sedutora e fácies triste. Ambivalência afetiva, tanto no que concerne aos pais como ao ex-companheiro.</p> <p><u>23 de Dezembro</u> Mantém ambivalência de sentimentos. Facies triste referindo que o ex-companheiro faltou à entrevista familiar, no entanto humor hipomaníaco com prolixidade de discurso.</p>

	<p><u>30 de Dezembro</u></p> <p>Humor mais estável. Facies expressivo, mímica facial mantida. Atenção captável e mantida. Mantém ambivalência afetiva no que concerne às relações parentais e com o ex-companheiro.</p> <p><u>11 de Janeiro</u></p> <p>Humor eufórico, facies expressivo, mímica facial mantida e olhar fixo. Atenção captável e mantida. Contacto sintónico,</p>
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	<p>Prevenção de complicações</p> <p>Promoção da saúde</p> <p>Bem-estar e autocuidado</p> <p>Adaptação</p> <p>Relação psicoterapêutica</p>

Data: 9 de Dezembro	
Foco: <u>ADESÃO [AO REGIME TERAPÊUTICO]: ação autoiniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor” (CIPE, 2011, p.38)</u>	
Diagnóstico	- Risco de não adesão [ao regime terapêutico]
Resultados Esperados	- Adesão [ao regime terapêutico]
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos; - Escutar activamente; - Providenciar apoio emocional; - Disponibilizar presença; - Avaliar resposta à medicação; - Avaliar barreiras à adesão; - Gerir resposta negativa ao tratamento; - Ensinar sobre a medicação; - Promover autoresponsabilização; - Ensinar técnicas de adaptação;

	<ul style="list-style-type: none"> - Promover capacidade de resiliência; - Promover o <i>insight</i> à doença e ao tratamento [através de atividades de âmbito psicoterapêutico]; - Reforçar a adesão; - Negociar contrato com a cliente [através de atividades de âmbito psicoterapêutico]; - Identificar a atitude face ao cuidado; - Assegurar a continuidade de cuidados;
Avaliação	<p>ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO:</p> <p><u>9 de Dezembro</u></p> <p>História prévia de não adesão ao regime terapêutico, com consequente descompensação da doença e alguns internamentos em unidades hospitalares. Internamento em contexto de fase maníaca.</p> <p><u>12 de Dezembro</u></p> <p>Fraco insight. Identifica o seu diagnóstico como doença bipolar, descreve as diferentes fases e sua sintomatologia, mas refere que se encontra em fase depressiva.</p> <p>Quando questionada sobre o motivo do internamento identifica a perturbação bipolar, sem reconhecer o impacto do não cumprimento da medicação.</p> <p><u>14 de Dezembro</u></p> <p>Reunião com equipa comunitária (antes da ida para Espanha em desmame programado de amilsupride por queixas de aumento de peso e amenorreia; medicada com ácido valproico com efeito. Durante estadia em Angola, abandono terapêutico).</p> <p>Além da descontinuação terapêutica em Angola (Maio, Junho e Julho), suspendeu completamente a terapêutica em Setembro.</p> <p>Na consulta, em Outubro, apresenta-se mais inquieta, a mexer nos objetos que se encontravam em cima da secretária, e na segunda semana de trabalho [em Novembro] já demonstrava alterações do comportamento, especialmente na relação com o outro.</p>

30 de Dezembro

No decurso da atividade “O ponto”, relata o tempo que passou em Angola com o irmão, referindo “*Lá em casa nem precisava de medicação. Não tomei e estava ótima. O meu irmão não queria que eu tomasse... dizia que eu não precisava das drogas... Era um ambiente familiar e não precisava de medicação...* ”.

É evidente o fraco *insight* à medicação “*são coisas da nossa cabeça... se estou bem... sem stress... fiquei bem sem medicação... aquilo também me fazia azia...* ”. E quando voltou, como se sentiu sem a medicação? “*Disse ao médico, em Espanha, que tinha azia, e ele voltou a prescrever o valproato... mas depois eu deixei de tomar...* ”

Apesar da confrontação mantém a mesma perceção “*Eu preciso de disciplina, na medicação, na hora da dormir... Se voltar a Angola vou tomar a medicação às escondidas do meu irmão, porque ele não gosta que eu tome...* ”.

Este momento é utilizado para promover a autoresponsabilização e o *insight* “*Então antes considerava que o clima familiar de bem estar a capacitava para abandonar a medicação, e agora pretende – e muito bem – manter a toma, o que mudou?*”.

“*Pois, eu sei que preciso da medicação. Sei que a doença bipolar não tem cura, ainda! Mas até descobrirem a cura preciso de tomar os comprimidos. Mas o meu irmão não pode ver, diz que fico drogada.*”

Questionada sobre o conhecimento do seu irmão sobre a doença e os sintomas, é levada a refletir sobre o envolvimento familiar na sua recuperação e no estigma, que ela própria associa à doença. “*O melhor modo de demonstrar o efeito da medicação é através do seu bem estar e estabilidade quando cumpre o esquema sem falhas...* ” Reforçada a componente crónica da bipolaridade, sem cura, mas com tratamento, não

	<p>sendo impeditiva de uma vida plena. Alertado para o efeito progressivo do incumprimento terapêutico, cujos efeitos são progressivos e cumulativos.</p> <p><u>6 de Janeiro</u></p> <p>Durante a atividade “<i>A linha da vida</i>” consegue identificar o elemento comum aos momentos de ruptura na sua vida, em que as situações fogem ao seu controlo: não cumprimento do plano terapêutico.</p> <p><u>10 de Janeiro</u></p> <p>Reconhece que “<i>os momentos em que perdeu o controlo coincidiram com abandono da medicação</i>”. Aparente <i>insight</i> total, com identificação da doença, da sintomatologia, e da importância do regime terapêutico.</p> <p><u>11 de Janeiro</u></p> <p>Refletimos sobre a diferenciação entre <i>Ser e Ter</i> uma doença bipolar, em não se deixar definir pela patologia. Para que isso não aconteça, a medicação assume um papel preponderante, pois mantém os sintomas controlados, permitindo à Michelle aproveitar os diferentes momentos do quotidiano.</p> <p>Quando enumera as suas qualidades refere que quando não cumpre a medicação, muitas destas qualidades ficam escondidas e algumas desaparecem.</p>
<p>Indicadores de Qualidade (OE, 2015)</p>	<p>Satisfação do cliente</p> <p>Prevenção de complicações</p> <p>Promoção da saúde</p> <p>Adaptação</p> <p>Relação psicoterapêutica</p> <p>Redução do estigma</p>

Data: 22 de Dezembro

Foco: “RELAÇÃO DINÂMICA: acções definidas pela flexibilidade de papéis, liberdade em expressar sentimentos e emoções, afeição aberta entre as

<p>peças, harmonia dos objetivos; partilha das atividades recreativas; relações eficazes com outros grupos sociais; <u>partilha de responsabilidades</u>, valores, crenças e tradições” (CIPE, 2003, p.61).</p>	
Diagnóstico	Relação dinâmica ineficaz
Resultados Esperados	Relação dinâmica eficaz
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer expressão emocional; - Escuta ativa; - Reforçar identidade pessoal; - Reforçar capacidades; - Encorajar a análise das vivências; - Encorajar relação complexa; - Executar Reestruturação Cognitiva; - Determinar limites comportamentais; - Promover auto-percepção positiva; - Promover autoresponsabilização; - Promover melhoria de papel maternal; - Executar treino de assertividade
Avaliação	<p>RELAÇÃO DINÂMICA EFICAZ</p> <p><u>22 de Dezembro</u></p> <p>Ambivalência afetiva, tanto no que concerne aos pais como ao ex-companheiro. Desresponsabilização dos acontecimentos e do seu envolvimento pessoal nas interações disfuncionais.</p> <p>A relação com o filho é descrita de modo inconstante com comportamentos pautados por intrusividades, mas autoavaliada como uma <i>“relação muito positiva”</i>.</p> <p><u>30 de Dezembro</u></p> <p>Compreende a natureza disfuncional da sua relação com ex-companheiro, reconhecendo a dicotomia entre razão e emoção <i>“é como com o Geraldino... toda a gente me diz deixa, não sofras, não mendigues atenção... e eu sei disso... mas depois, volto sempre a pensar nele...”</i>.</p> <p>Michelle continua a considerar as interações com o filho como</p>

positivas. Denota-se pouca crítica face aos seus comportamentos, e desresponsabilização das interações.

Mantém ambivalência na relação com o filho. Por um lado, refere constantemente que gostaria de ter a guarda paternal, por outro, parte dos seus projetos não considera o filho. Pondera se volta para Angola, viver com o irmão; ou se vai para França ver o Secundino; e quando se questiona o lugar do Sérgio nestas decisões, reformula estas reflexões.

O enfoque é nas relações interpessoais a nível da família (mãe e pai adotivo) e relações afetivas. Muito autocentrada. Está a tentar encontrar a sua identidade – a sua disponibilidade para o filho parece condicionada pela sua autoperceção e seu bem estar.

10 de Janeiro

Não recebeu visitas ou telefonemas. Telefona para amiga Carmo, e uma vez para Geraldino. Sentiu-se bem ao falar com Geraldino. Sentiu que ele também esteve confortável a falar consigo “*porque desta vez não estou sempre a aborrecê-lo, a implorar atenção, a perguntar quando vens cá...*”.

Estando já estabelecida a relação terapêutica, peço à Michelle que se explique melhor... durante o seu discurso muitas vezes diz “*e isto e aquilo, e não sei quê não sei quê...*”. Alerto para o facto de eu não saber qual foi o “não sei quê não sei quê” pelo que, para melhor compreensão dos acontecimentos preciso que me explique o teor das conversas. Fica recetiva e tenta expressar-se melhor.

Refere que, na relação com o Geraldino, agora se encontra mais forte. Que é a Michelle que domina, e antes é o Geraldino que dominava. Peço-lhe que exemplifique. Dá exemplos relacionados com a gestão da guarda do filho, e das idas à escola. Devolvo a ideia reformulada, questionando qual a necessidade de se sobreporem em força um ao outro, não seria mais benéfico para ambos e para o filho que estivessem

	<p>ao mesmo nível no campo relacional. Michelle diz que, com o Geraldino, isso não é possível...</p> <p>A dada altura refere que o Geraldino lhe havia batido <i>“uma vez eu mereci...”</i>. Nesta altura interrompo a Michelle e afirmo que nenhuma situação justifica que alguém lhe bata, que nenhum homem tem direito de bater numa mulher. Michelle acena positivamente com a cabeça, e insiste: <i>“mas o que eu fiz foi um disparate...(...)”</i></p> <p>Eu: “volto a dizer Michelle, nada justifica agressão e maltrato. Sabe o que isso é?”</p> <p>Michelle: <i>“sim... é violência domestica...ao todo bateu-me cinco vezes, depois falei com ele e ele nunca mais bateu...”</i>.</p> <p>Falamos sobre respeito, sobre imposição de limites. Refere que durante toda a sua infância viu o pai adotivo bater na sua mãe. Falamos sobre o impacto destas vivências na Michelle e no próprio Sérgio.</p> <p>Descreve várias relações disfuncionais, com tendência para se expor em demasia, acabando por ficar vulnerável – relata relação amorosa com irmão de pastor, que acabou por utilizar o seu dinheiro; e relação com senhora desconhecida em casa da qual ficou a viver.</p> <p>Realtivamente à relação com o irmão do pastor refere <i>“as coisas já não estavam a correr bem... eu já me irritava com tudo... e discutia com a irmã deles... e fui desabafar com a madrinha dela...”</i>. Michelle refere que a madrinha gravou toda a conversa e mostrou à afilhada, que, por sua vez, discutiu com a Michelle. Novamente se devolve toda a situação à Michelle, levantando da exposição individual, e da gravidade das afirmações que fez, questionando se o teria feito neste momento. Michelle refere que não, que apenas fez essas afirmações por se encontrar <i>“descompensada... mas tudo o que disse aconteceu...”</i>.</p> <p>No final, sintetizando, faço uma pequena reflexão sobre o</p>
--	---

modo como a Michelle se relaciona com os outros em seu redor, de que modo se apresenta nas suas relações... Ao longo da sua vida tem substituído uma relação com outra... até mesmo agora já tem falado de outro homem, colocando hipoteticamente a possibilidade de ir ter com ele a França.

A Michelle faz uma analogia retratando a dificuldade de mudar: *“quando estamos habituados a papinha cerelac, custamos comer sopa de legumes...”*; *“eu habituei-me sempre a papinhas... fui tratada como uma princesinha em pequena, e não me prepararam para as sopas...”* [olha para a parte superior da seta, onde está a data 2016, aponta e diz: *“tenho que ver quem vou ser a partir daqui... [lágrimas correm pela face] eu quero ser uma Michelle diferente... não quero carregar esta Michelle (aponta para o que já escreveu) para sempre.... Quero olhar e saber que já passou...”*

[eu] *“Na próxima vez terminamos esta linha, olhamos para o passado, e pensa nos objetivos para o futuro... nós ajudamos...”*

“Sim... e vamos mesmo ter de falar no Secundino... (risos)” *“ir viver para França não vou... estão lá todos os que estiveram envolvidos nisto [faz gesto com a mão em direção à linha da vida, com os dedos entrelaçados]... mas podia ir lá ver e conhecer melhor... Não, ele que venha cá...”* [sorriso] *“temos mesmo de voltar a falar no Secundino...”*

11 de Janeiro

Fala sobre a ida recente a Espanha, em casa de uma tia, tendo ficado muito decepcionada. Habitualmente passava lá férias e gostava muito, enquanto que *“desta vez, eu era uma cinderela!”*. Quando volta de Angola quer regressar rapidamente a Portugal, e esses planos acabam por gerar grande desconforto familiar. A tia discute com Michelle por diversas vezes, incluindo dentro da Igreja – *“rogou-me uma praga dentro da Igreja... disse que eu ia ficar muito doente e*

	<p>não ia ter para onde ir...”. Pelo discurso da Michelle, tenho percepção que o que originou a zanga foi a ineficácia da comunicação, com recurso a diferentes intervenientes, não sendo claro para todos quais os planos de cada uma – Michelle e tia. Falamos sobre comunicação assertiva e sobre a importância de clarificar sempre a mensagem.</p> <p>Michelle refere que ouve mal, e que, durante a infância se aborreciam com ela por estar sempre a questionar. Reflete sobre a importância de o começar a fazer, e de evitar os “não sei quê não sei quê”, que lhe dão a percepção de ter sido clara, enquanto o interlocutor fica sem saber o que pretende dizer.</p> <p>Continua com foco na potencial relação amorosa com Secundino. Refere que quer namorar no próximo ano, para casar antes dos trinta. É devolvida esta afirmação, de modo algo irónico, confrontando com as afirmações anteriores de foco em si, na sua melhoria e no seu bem estar. Explorando esta questão, fala sobre a casa, e o facto de ter <i>“saltado de casa em casa ao longo da sua vida (...) é como diz o irmão da Carmo, eu só saio de casa dela para casar... e tenho de sair, não é ?”</i>.</p> <p>É realçado o padrão de substituição nas suas relações, estando focada no Geraldino e passando o foco para o Secundino. Refere que é verdade, e que, por exemplo, na situação do Miguel (irmão do pastor) nem sequer gostava dele, foi apenas uma questão de carência afetiva, acabando por ficar magoada. Reflete sobre o facto de se expor demasiado em diversas situações. Pergunta-me se, caso namore e esteja para casar com o Secundino [risos], se lhe deverá contar que é adoptada. Falamos sobre o diferente tipo de relações, que influencia o tipo de exposição. Assim, do mesmo modo que não deverá contar toda a sua vida na paragem do autocarro, também não poderá estar numa relação amorosa sem que o outro saiba quem é. Falamos</p>
--	---

	<p>sobre autenticidade.</p> <p>Proponho como treino para os próximos dias, a comunicação assertiva, e a clarificação das mensagens, incluindo a sua linguagem. Valorizo a educação que a Michelle demonstra, e dou exemplos simples de treino durante o internamento, como pedido de mais comida, ou de fazer valer a sua opinião perante outros.</p>
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	<p>Satisfação do cliente</p> <p>Prevenção de complicações</p> <p>Promoção da saúde</p> <p>Adaptação</p> <p>Relação psicoterapêutica</p> <p>Redução do estigma</p>

Data: 30 de Dezembro	
Foco: <u>“AUTO-ESTIMA:</u> opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, <u>confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva</u> (CIPE, 2011, p.41).	
Diagnóstico	Auto-estima comprometida
Resultados Esperados	Auto-estima
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar presença; - Favorecer expressão emocional; - Escutar ativamente; - Reforçar identidade pessoal; - Reforçar capacidades; - Aumentar a segurança nas suas capacidades; - Executar Reestruturação Cognitiva; - Promover auto-perceção positiva; - Promover autoresponsabilização;

	<ul style="list-style-type: none"> - Executar atividades de âmbito psicoterapêutico; - Oferecer estimulação cognitiva; - Assistir na automodificação.
Avaliação	<p>AUTO-ESTIMA COMPROMETIDA</p> <p><u>30 de Dezembro</u></p> <p>Fala do Geraldino, e da sua relação com ele. Relata que o ex-companheiro apenas a procura quando tem problemas a resolver <i>“entrega-me o Sérgio para as mãos e sai a correr... “E quando eu tenho problemas? Fui ter com ele num caco...”</i></p> <p>Denota-se autopercepção de abandono e desamparo, referindo que o G trouxe-a ao hospital mas não a visita. Ele ficou muito feliz por ela se ter lembrado dele no seu aniversário, e de si quem se lembra? Pergunta, de modo angustiado, com lágrimas a correrem pela face.</p> <p>Refere que se sente sozinha e chora.</p> <p>Sente falta de ser abraçada. Diz que o que mais sente falta da relação com o Geraldino é do abraço, de se sentir protegida e acarinhada <i>“de ouvir o bater do coração dele...”</i></p> <p>Descobre que o Geraldino pediu testes de paternidade sem a Michelle saber.</p> <p>Este sentimento de desamparo é anterior à sua relação com Geraldino <i>“Os meus pais, que são meus tios, viraram-me costas...”</i></p> <p>A questão da adoção, e dos contornos da descoberta deste fato, continua muito viva na memória da Michelle. Continua a notar-se grande mágoa com esta situação, com sentimentos contraditórios. Refere, novamente, que disse <i>“mas vocês continuam a ser meus pais”</i> e corrobora frequentemente esta afirmação, no entanto, frisa continuamente que são tios, e que a Amanda a abandonou. Refere sentir-se enganada por todos.</p> <p>Levanta-se ainda a questão da identidade, relacionada com o fato de o seu nome ter sido alterado pelos pais adotivos.</p> <p><i>“O meu tio mudou-me o nome... este não é o meu nome... A</i></p>

minha mãe chamou-me Matondo Cordi. Como fui a quinta filha, única menina, chamou-se Matondo, que significa Graça.... A minha mãe deu graças por esta filha que tanto queria... Cordi significa Corpo de Deus... Eu gosto mais do nome Matondo. Nunca gostei do nome Michelle.”

Aquando da fase da síntese da atividade, a Michelle refere que fica a pensar, e que afinal tem muitas coisas positivas. Relembra-se, no final, do apoio da amiga.

6 de Janeiro

Fala sobre a descoberta da sua gravidez e sobre o fato de ter sido expulsa de casa em consequência desse fato. Apenas descobre que está grávida aos 7 meses de gestação por estar habitualmente amenorreica, e por considerar que estava gorda. No entanto, alertada por amigos decide pedir um teste de gravidez. A sua irmã mais velha vai buscar os resultados, avisa-a que está grávida e convoca uma reunião familiar, incluindo o pastor da Igreja. É perceptível a humilhação sentida pela Michelle, exposta deste modo perante toda a família alargada, sem estar preparada e encontrando-se, ela própria a processar a informação.

Sendo expulsa de casa, fica sem ter para onde se dirigir, por não possuir o contacto do ex-companheiro. Muda-se para casa dele passado 2 dias.

10 de Janeiro

A entrevista foca-se nos acontecimentos do ano de 2013, sendo trabalhadas questões importantes para o autoconceito da Michelle. Este foi um ano decisivo, envolvendo muitas mudanças na vida da Michelle. Sem suporte familiar ou social, aceitou uma relação abusiva, sendo vítima de violência doméstica – tanto psicológica, com questionamento constante sobre a paternidade do filho, como física – que encarou como aceitável.

Mais tarde, estando a viver com a irmã, em casa dos pais

adotivos, é-lhe dado um prazo de 48 horas para arranjar novo casa. Após ter de sair da casa da irmã, procura apoio em diversos organismos (Santa Casa da Misericórdia, Segurança Social, entre outros), e cansada de andar com o filho ao colo, senta-se numa paragem de autocarro *“e, mais uma vez, não é?! conto tudo à senhora que lá estava na paragem... Ela disse, olha filha... ouro e prata não tenho, mas o que tenho te dou! Só preciso de ajuda com a alimentação. E eu disse-lhe que também recebia algum da segurança social e podia ajudar... e assim fui viver com ela e com o primo dela”*.

É nesta altura, que fica internada compulsivamente e a guarda do filho é entregue ao pai, por intervenção da CPCJ.

Segue-se o seu internamento mais prolongado, andando entre hospitais (de acordo com o discurso da Michelle), com **alta adiada por dificuldade de resolução social**. A mãe de Michelle diz ao telefone que anda à procura de um quarto para ela, perto de si (em França). Não pode voltar para casa dos pais em Portugal, porque *“o Miguel [pai adotivo] não te pode encontrar lá com o teu filho.”*

A história de vida da Michelle, desde que engravidou do filho, denota a passagem por vários locais, sem residência estável, sem suporte familiar, e com respostas a nível social pouco satisfatórias.

11 de Janeiro

Continua com **ambivalência de sentimentos**, sendo contraditório o seu discurso positivo, da mensagem implícita nas suas palavras e atitudes. Por um lado, descreve-se de modo positivo, e define objetivos para o futuro, por outro, mantém-se em constante busca de aprovação externa, e com discurso centrado em potenciais relações amorosas.


Verifica-se, no seu discurso, uma luta importante entre a vontade de singrar sozinha – como disse: *“uma casa tem de se construir com alicerces fortes... e estou a tentar, para o*

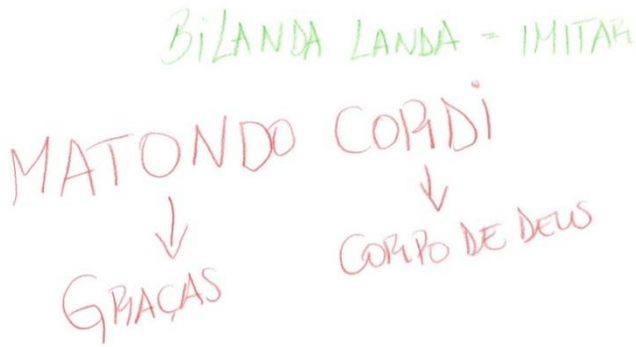
	<i>Sérgio...</i> ”, e o sentimento de desamparo e abandono que a acompanha.
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	Satisfação do cliente Prevenção de complicações Promoção da saúde Bem-estar e autocuidado Adaptação Relação psicoterapêutica Redução do estigma

INTERVENÇÕES DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO

De seguida serão apresentadas de modo distinto das restantes, as intervenções de âmbito psicoterapêutico, considerando o disposto pela OE (2010, p.3) “são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade”.

Data: 30 de Dezembro	
Atividade: “O PONTO”	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a relação terapêutica - Proporcionar à cliente a projecção dos seus conteúdos internos através das imagens que se configuram através de desenhos e rabiscos; - Possibilitar a expressão de pensamentos, emoções e sentimentos; - Potenciar o insight; - Potenciar o autoconhecimento.

Produções da cliente	
Descrição	<p>Nesta atividade, desenha o contorno de dois corações vermelhos, ambos com origem no ponto desenhado, colorindo de amarelo a interseção dos dois. Em torno dos corações desenha uma linha acinzentada, em formato de nuvem. Faz o desenho de modo organizado, parando para olhar para o que já fez e escolhendo as cores com algum cuidado.</p> <p>Descreve como sendo referente à sua relação com o filho. Os dois corações representam-na e ao seu filho, sendo dois corações ricos, que se encontram no céu. A riqueza é simbolizada pelo amarelo e o céu é representado pela nuvem.</p> <p>A nuvem surge como o céu, um clima familiar similar ao que vivenciou em Angola. A escolha da cor – acinzentada – afigura uma relação verdadeira, nem azul, idealizando a perfeição, nem negra, personificando aspetos negativos, é uma relação real, com coisas boas e menos boas, mas com muito significado. As próprias curvas da nuvem, segundo Michelle, simbolizam os “altos e baixos” desta relação diádica.</p> <p>Sendo o desenho representativo do filho e da relação entre os dois, o enfoque do discurso da Michelle, mantém-se nas relações interpessoais que estabelece com outros [ex-companheiro, pais adotivos, e irmão].</p>

<p>Produções da cliente</p>	
<p>Descrição</p>	<p>No decurso da atividade fala do seu nome – o nome que lhe foi dado pelos pais biológicos e o nome que os seus tios (pais adotivos) lhe deram. Manifesta tristeza por esta mudança, referindo que gosta mais do nome original, com a simbologia que lhe está associada.</p> <p><i>“O meu tio mudou-me o nome... este não é o meu nome... A minha mãe chamou-me Matondo Cordi. Como fui a quinta filha, única menina, chamou-se Matondo, que significa Graça.... A minha mãe deu graças por esta filha que tanto queria... Cordi significa Corpo de Deus... Eu gosto mais do nome Matondo. Nunca gostei do nome Michelle. Michelle significa mulher maravilhosa”.</i></p> <p>Verifica-se, no seu discurso, uma luta importante entre a vontade de singrar sozinha. Assim, <i>Bilanda Landa</i>, significa ser igual aos outros, <i>“como um cordeiro... fazer tudo como deve ser... eu quero ser diferente, não quero ser cópia dos outros... mas quero conseguir...”</i>.</p>
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confiança da cliente no enfermeiro - Identificação de necessidades de intervenção

nas suas relações atuais.

Com uma tendência em centrar os acontecimentos nos outros intervenientes, desresponsabilizando-se em todos os relatos, é questionado sempre qual o papel da Michelle naquela relação, naquela interação relatada, e qual seria o modo que agiria agora se tivesse tempo para pensar. Foi também ajudada refletir no modo como as outras pessoas fariam a leitura dessa situação. Como não sentiu estas reflexões como crítica, e era a Michelle que chegava às conclusões, mostrou-se sempre receptiva ao longo da intervenção.

Consegue identificar o elemento comum aos momentos de ruptura na sua vida, em que as situações fogem ao seu controlo: não cumprimento do plano terapêutico.

Relativamente ao seu primeiro internamento, refere que não haveria necessidade de internamento. Quando pedido para se lembrar como estava refere que a identificação do problema foi feita pela mãe – relatos de humor irritável, grandiosidade, necessidade de dormir diminuída, agitação psicomotora e psicose. Depois de descrever o evento diz: *“acho que não estava mesmo bem... precisava de ser internada...”*.

Apenas descobre que está grávida aos 7 meses de gestação por estar habitualmente amenorreica, e por considerar que estava gorda. No entanto, alertada por amigos decide pedir um teste de gravidez. A sua irmã mais velha vai buscar os resultados, avisa-a que está grávida e convoca uma reunião familiar, incluindo o pastor da Igreja.

Tento apurar alucinações visuais (referidas na primeira interação) e ideação de premonição, deduzida da interação anterior. Peço que me explique o que vê e quando. A própria Michelle conclui que visualiza *“alterações na vibração do ar e uma aura à volta das pessoas”*, coincidentes com grandes períodos em que não cumpre medicação, referindo *“deve ser da descompensação... não, são mesmo... na Igreja contei o*

	<p><i>que via, e disseram que ou era um dom ou era da doença... acho que é mesmo da doença</i>". Relativamente à ideação de premonição refere ter um sexto sentido, reconhecendo que apenas no que concerne às pessoas que conhece bem, chegando a determinadas conclusões por indução <i>"é porque sou muito observadora... com a filha da Carmo é assim... ela ainda está a pensar no disparate e eu já o adivinhei..."</i>. Valido e volta a referir que não tem poderes, parece que adivinha por intuição.</p> <p>Continua com foco numa potencial relação amorosa com outro homem. Refere que quer namorar no próximo ano, para casar antes dos trinta. É devolvida esta afirmação, confrontando com as afirmações anteriores de foco em si, na sua melhoria e no seu bem estar. Explorando esta questão, fala sobre a casa, e o facto de ter <i>"saltado de casa em casa ao longo da sua vida (...) é como diz o irmão da Carmo, eu só saio de casa dela para casar... e tenho de sair, não é?"</i>.</p> <p>É realçado o padrão de substituição nas suas relações, estando focada no Geraldino e passando o foco para o Secundino.</p> <p>Refere que é verdade, e que, por exemplo, na situação do Miguel (irmão do pastor) nem sequer gostava dele, foi apenas uma questão de carência afetiva, acabando por ficar magoada.</p> <p>É proposto treino de comunicação assertiva, e a clarificação das mensagens, incluindo a sua linguagem.</p>
	<p>Data: 10 de Janeiro</p>
<p>Descrição</p>	<p>Questiono a Michelle sobre os dias anteriores, como se tem sentido...Sente-se mais "produtiva". Mais centrada em si própria, sem se preocupar tanto com os outros. Foca-se em melhorar e não apenas na data da alta...</p> <p>A entrevista foca-se nos acontecimentos do ano de 2013, sendo trabalhadas questões importantes para o autoconceito</p>

da Michelle. Este foi um ano decisivo, envolvendo muitas mudanças na vida da Michelle.

O discurso apresenta-se de modo desorganizado, com os acontecimentos a sobreporem-se sendo difícil para a Michelle, precisar a ordem dos acontecimentos, mas acabando por o conseguir após orientação, validação constante e confrontação.

Estando já estabelecida a relação terapêutica, peço à Michelle que se explique melhor... durante o seu discurso muitas vezes diz “e isto e aquilo, e não sei quê não sei quê...”. Alerto para o facto de eu não saber qual foi o “não sei quê não sei quê” pelo que, para melhor compreensão dos acontecimentos preciso que me explique o teor das conversas. Fica recetiva e tenta expressar-se melhor.

Volto a focar a importância da adesão ao regime terapêutico, reforçando a ideia transmitida pela própria Michelle de que os momentos em que perdeu o controlo coincidiram com abandono da medicação.

Refere que, na relação com o Geraldino, agora se encontra mais forte. Que é a Michelle que domina, e antes é o Geraldino que dominava. Peço-lhe que exemplifique. Dá exemplos relacionados com a gestão da guarda do filho, e das idas à escola. Devolvo a ideia reformulada, questionando qual a necessidade de se sobreporem em força um ao outro, não seria mais benéfico para ambos e para o filho que estivessem ao mesmo nível no campo relacional. Michelle diz que, com o Geraldino, isso não é possível...

A dada altura refere que o Geraldino lhe havia batido “*uma vez eu mereci...*”. Nesta altura interrompo a Michelle e afirmo que nenhuma situação justifica que alguém lhe bata, que nenhum homem tem direito de bater numa mulher. Michelle acena positivamente com a cabeça, e insiste: “*mas o que eu fiz foi um disparate... Saí de casa para ir às compras, e deixei*

o Sérgio a dormir... o amigo de Geraldino estava no quarto ao lado a ouvir música e o Geraldino estava a dormir na cave... e saí rapidinho para ir fazer compras para o jantar... quando estava a pagar as compras o Geraldino telefona-me e pergunta onde estou...". De seguida terá dado a entender que não era a atitude correta, e enquanto a Michelle está com o bebé ao colo a acalmá-lo, o Geraldino bate-lhe. "E eu aprendi, nunca mais repeti...".

Falamos sobre respeito, sobre imposição de limites. Refere que durante toda a sua infância viu o pai adotivo bater na sua mãe e pensava *"está para nascer o homem que me bata... e nasceu o Geraldino...".* Falamos sobre o impacto destas vivências na Michelle e no próprio Sérgio.

Sai de casa do G a e vai para casa da irmã, em Abril. No entanto, em casa da irmã tem de sair por indicação dos pais adotivos, que pretendem alugar a casa.

Após ter de sair da casa da irmã, procura apoio em diversos organismos (Santa Casa da Misericórdia, Segurança Social, entre outros), e cansada de andar com o filho ao colo, senta-se numa paragem de autocarro. "e, mais uma vez, não é?! conto tudo à senhora que lá estava na paragem... Ela disse, olha filha... ouro e prata não tenho, mas o que tenho te dou! Só preciso de ajuda com a alimentação. E eu disse-lhe que também recebia algum da segurança social e podia ajudar... e assim fui viver com ela e com o primo dela". "Mas foi a pior coisa que eu fiz... eu não estava muito bem, já estava um bocado descompensada, e ela também tinha os seus demónios... e quando dei por ela, tinha um bombeiro a falar comigo no quarto...".

Aproveito que a Michelle já apresenta crítica à sua doença, e tem refletido muito sobre os acontecimentos de vida, para a questionar sobre a necessidade de internamento nesta data. Após pausa, Michelle refere que efetivamente não estava

<p>bem, e <i>“se calhar precisava de internamento...”</i>.</p> <p>[Eu] <i>“E o Sérgio como estava? Estava capaz de cuidar dele?”</i></p> <p>[Michelle] <i>“Eu não... mas estava lá a Sónia...”</i></p> <p>[Eu] <i>“e se não estivesse a Sónia?”</i> pausa...</p> <p>Nesta altura é internada, e o Sérgio fica ao cuidado do pai, referenciado à CPCJ.</p> <p>Segue-se o seu internamento mais prolongado, com alta adiada por dificuldade de resolução social. A mãe de Michelle diz ao telefone que anda à procura de um quarto para ela, perto de si (em França). Não pode voltar para casa dos pais em Portugal, porque “o Miguel [pai adotivo] não te pode encontrar lá com o teu filho.”.</p> <p>Tem alta em Novembro de 2013, ficando a viver em casa de um pastor da Igreja, juntamente com a irmã deste e seu filho, e outro irmão – Miguel. De início, refere, correu tudo bem. Sente que são pessoas de referência, que a apoiam e exemplos a seguir, mas com o passar do tempo “as coisas complicaram-se e agora já não acho...”</p> <p>Quando fala do seu relacionamento com um dos companheiros de casa (em 2014), irmão do pastor da Igreja, mostra-se com fâcias triste, manifestando desilusão e desapontamento pelo facto de ter sido enganada e roubada. Foi este sentimento que motivou o seu afastamento da comunidade religiosa (que frequentava desde criança).</p> <p>Conhecendo-o desde criança, quando viveram juntos, acabou por haver uma aproximação, decorrente do interesse dele na Michelle. Identifica alguns aspetos positivos desta relação, como a aprendizagem de realizar orçamentos e utilização do computador para pequenos trabalhos. Começou a entregar o dinheiro que recebia ao Miguel, <i>“porque como sou bipolar, ele sabia, que eu gastava mal o meu dinheiro, e assim ele controlava... e estava a guardar para tratar da minha nacionalidade... e ele ia abrir uma empresa e então eu dava-</i></p>
--

	<p><i>lhe o dinheiro para ajudar a abrir a empresa...(...) depois fui para Espanha e quando voltei, ele não tinha tratado de nada... roubou-me..."</i></p> <p>Quando volta de Espanha vê-se impossibilitada de voltar para casa do pastor, segundo o qual ele próprio fica sem habitação, por ter dois dias para entregar a casa. Foi então que se lembrou do número da Carmo, e telefonou-lhe, que se disponibilizou para a receber.</p> <p>No final, sintetizando, faço uma pequena reflexão sobre o modo como a Michelle se relaciona com os outros em seu redor, de que modo se apresenta nas suas relações... Ao longo da sua vida tem substituído uma relação com outra... até mesmo agora já tem falado do Secundino... "Do qual falaremos mais à frente..." colocando hipoteticamente a possibilidade de ir ter com ele a França...</p> <p><i>"Na próxima vez terminamos esta linha, olhamos para o passado, e pensa nos objetivos para o futuro... nós ajudamos..."</i></p> <p><i>"Sim... e vamos mesmo ter de falar no Secundino... (risos)" "ir viver para França não vou... estão lá todos os que estiveram envolvidos nisto [faz gesto com a mão em direção à linha da vida, com os dedos entrelaçados]... mas podia ir lá ver e conhecer melhor... Não, ele que venha cá..." [sorriso] "temos mesmo de voltar a falar no Secundino..."</i></p>
	<p>Data: 11 de Janeiro</p>
<p>Descrição</p>	<p>Inicia-se a atividade questionando a Michelle como correu o dia, e se voltou a pensar nas questões faladas no dia anterior. Refere que acordou bem disposta, mas que tem estado a pensar na alta, tendo ficado desiluda perante a resposta da sua médica assistente no sentido de aguardar até ao final da semana.</p> <p>Está renitente à conclusão da atividade. Nesta fase quase me ouço a pensar... eu própria já tinha pensado que esta</p>

atividade já tinha tido resultados e que estaria na altura de avançar, mas qualquer coisa na postura da Michelle, me alertou para explorar melhor esta negação. Além disso, não obstante a importância da flexibilidade e adaptação das atividades ao cliente e ao momento, pareceu-me importante cumprir o objetivo que defini inicialmente com a cliente, no sentido de manter o controlo da relação.

É confrontada com a razão que a leva a desejar não a concluir. Refere *“já sei... olho para aqui e vejo tudo o que aconteceu, e já cheguei ao centro da questão...”*. Digo *“ao centro da questão...”*. Responde: *“sim, quando não tomo a medicação, descompenso... e depois acontece [faz vários círculos imaginários no centro da folha acompanhando de um esgar] isto!”*.

Demonstra que mantém alguma ambivalência.

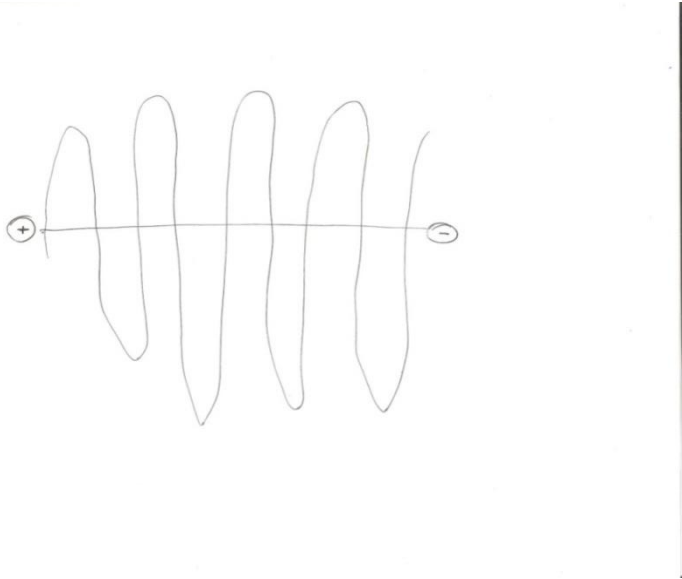
Sorriso: *“É difícil... mas vamos só terminar para podermos avançar...”*

Relativamente à ida para Espanha – fica em casa de uma tia – refere que ficou muito decepcionada. Habitualmente passava lá férias e gostava muito, enquanto que *“desta vez, eu era uma cinderela!”*. Quando volta de Angola quer regressar rapidamente a Portugal, e esses planos acabam por gerar grande desconforto familiar. A tia discute com Michelle por diversas vezes, incluindo dentro da Igreja – *“rogou-me uma praga dentro da Igreja... disse que eu ia ficar muito doente e não ia ter para onde ir...”*. Pelo discurso da Michelle, tenho perceção que o que originou a zanga foi a ineficácia da comunicação, com recurso a diferentes intervenientes, não sendo claro para todos quais os planos de cada uma – Michelle e tia. Falamos sobre comunicação assertiva e sobre a importância de clarificar sempre a mensagem.

Michelle refere que ouve mal, e que, durante a infância se aborreciam com ela por estar sempre a questionar. Reflete

	<p>sobre a importância de o começar a fazer, e de evitar os “não sei quê não sei quê”, que lhe dão a percepção de ter sido clara, enquanto o interlocutor fica sem saber o que pretende dizer.</p> <p>Opta-se por considerar concluída esta atividade, por se terem trabalhado as questões mais centrais, e por emergirem novas necessidades.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da história de vida - Compreensão sobre o impacto das vivências na sua auto-estima e auto-conceito - Identificação dos momentos de rutura com reflexão sobre o impacto da não adesão ao regime terapêutico - Fortalecimento da relação terapêutica
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	<p>Satisfação do cliente</p> <p>Promoção da saúde</p> <p>Adaptação</p> <p>Relação psicoterapêutica</p> <p>Redução do estigma</p>

Data: 12 de Dezembro	
Atividade: “DESENHAR A DOENÇA”	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado de saúde mental - Promover a relação terapêutica

Data: 11 de Janeiro	
Atividade: “DESENHAR A DOENÇA”	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar o <i>insight</i> sobre a doença e o tratamento - Comparar com a produção anterior, e analisar as diferenças com a cliente
Produções da cliente	 <p>The image shows a hand-drawn diagram on a white background. A horizontal line is drawn across the middle. At the left end of this line is a small circle containing a plus sign (+). At the right end is a small circle containing a minus sign (-). Superimposed on this horizontal line is a series of five vertical, rounded, wave-like shapes that oscillate above and below the line, resembling a sine wave. To the right of the wave, there is a single vertical line extending from the top to the bottom of the drawing area.</p>
Resultados	<p>Notória a diferença com a produção anterior, sendo evidente a evolução em termos de humor, e insight.</p> <p>Refere que no início do internamento se encontrava no pólo positivo. Utilizo esta comparação para mostrar a dificuldade de autoreconhecimento dos sinais de descompensação. Considerando a predominância de sentimentos positivos na presença de humor hipomaníaco, a identificação de sinais prodómicos de doença fica muito dificultada.</p> <p>Tento apurar alucinações visuais (referidas na primeira interação) e ideação de premonição, deduzidas da interação anterior. Peço que me explique o que vê e quando. A própria Michelle conclui que visualiza “alterações na vibração do ar e</p>

	<p><i>uma aura à volta das pessoas</i>”, coincidentes com grandes períodos em que não cumpre medicação, referindo “<i>deve ser da descompensação... não, são mesmo... na Igreja contei o que via, e disseram que ou era um dom ou era da doença... acho que é mesmo da doença</i>”. Relativamente à ideiação de premonição refere ter um sexto sentido, reconhecendo que apenas no que concerne às pessoas que conhece bem, chegando a determinadas conclusões por indução “<i>é porque sou muito observadora... com a filha da Carmo é assim... ela ainda está a pensar no disparate e eu já o adivinhei...</i>”. Valido e volta a referir que não tem poderes, parece que adivinha por intuição.</p>
Resultados	<p>Reconhece a diferença na produção Reflete sobre a crítica alterada em situações de doença Analisa as possíveis alucinações visuais como sintoma de doença, reconhecendo não serem resultado de premonição</p>
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	<p>Satisfação do cliente Prevenção de complicações Promoção da saúde Bem-estar e autocuidado Adaptação Relação psicoterapêutica Redução do estigma</p>

Data: 11 de Janeiro	
Atividade: “QUEM SOU EU”	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o autoconceito e autoperceção - Capacitar para autoresponsabilização - Definir objetivos individuais

Produções da cliente	<p style="text-align: center;">EU SOU A MICHELLE E</p> <ul style="list-style-type: none"> - SORRISO - SER ESTAR EM COMUNIDADE (SOCIÁVEL; SIMPÁTICA;) <p>AMIGA DO AMIGO</p> <p>PERFEIONISTA</p> <p>METÓDICA</p> <p>OBSERVADORA</p> <p>VAIDOSA</p> <p>ENJOVADORA</p> <p>INTELIGENTE</p> <p>E AMO AMAR O PRÓXIMO.</p> <p>CONTACTO VISUAL</p> <p>COMPETITIVA</p>
Descrição	<p>Durante esta atividade abordam-se as questões relacionadas com o estigma da doença, porque frequentemente a Michelle refere “<i>eu sou bipolar</i>”. Refletimos sobre a diferenciação entre <i>Ser e Ter</i> uma doença bipolar, em não se deixar definir pela patologia. Para que isso não aconteça, a medicação assume um papel preponderante, pois mantém os sintomas controlados, permitindo à Michelle aproveitar os diferentes momentos do quotidiano.</p> <p>Assim, é pedido à Michelle que me diga as suas qualidades, que se venda como produto, diferenciando-se das suas relações, da doença e das poses.</p> <p>Enumera diversas qualidades, referindo o seu sorriso. No final de enumerar estas qualidades refere que quando não cumpre a medicação, muitas destas qualidades ficam escondidas e algumas desaparecem.</p> <p>Falamos do luto da <i>Matondo</i>, essa menina que não pôde existir, valorizando o potencial da Michelle.</p>
Resultados	<p>- Identifica as suas qualidades</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Diminuição do auto-estigma associado à doença bipolar- Potenciado <i>insight</i> e crítica face às suas vivências
Indicadores de Qualidade (OE, 2015)	Satisfação do cliente Promoção da saúde Bem-estar e autocuidado Relação psicoterapêutica Redução do estigma

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

O ajuste de terapêutica medicamentosa teve em consideração o fato da cliente ser metabolizadora rápida e ajustada ao longo do internamento, segundo discussão multidisciplinar.

Dificuldade no ajuste terapêutico, de realçar a ausência de um estabilizador de humor. Inicialmente com necessidade de antipsicótico e sedativo IM em SOS, a partir de 22/Dezembro sem recurso a terapêutica de SOS, mantendo-se estabilizada com medicação em horário.

Considerando o impacto dos efeitos secundários, urge o ensino sobre medicação à cliente, capacitando-a para adequada gestão do seu regime terapêutico. Para isso, o *insight* sobre a doença e tratamento torna-se prioritário, além de ensinamentos sobre minimização dos efeitos secundários, com valorização de estilos de vida saudáveis.

	NOME	POSOLOGIA	VIA	GRUPO TERAPÊUTICO	INDICAÇÕES	EFEITOS SECUNDÁRIOS
	Valproato de Sódio 500mg	9h 19h	PO	Anti-epilépticos e anti-convulsivantes	Tratamento da perturbação bipolar (episódios maníacos), crises epiléticas generalizadas ou parciais	Cefaleias, tremores, sonolência, sensação de formigamento nas mãos e pés, alterações no período menstrual, queda de cabelo transitória, edema e aumento do peso.
	Ácido Fólico 5mg	13h	PO	Vitamina hidrossolúvel	Prevenção e tratamento de anemias megaloblásticas e macrocíticas.	Erupções cutâneas e febre.
	Magnésio 150mg/ml (10ml)	13h	Sol oral	Corretivo das alterações hidroelectrolíticas. Magnésio	Tratamento da carência de magnésio	Reações de hipersensibilidade e hipocalcemia
	Flurazepam 15 mg	23h	PO	Benzodiazepina	Tratamento a curto prazo da insónia	Sonolência, descoordenação motora, alterações gastro-intestinais (diarreia e vômitos), alterações do apetite, alterações visuais e alteração da memória (confusão).
	Ciamemazina 100mg	SOS	PO	Antipsicótico	se insónia ou ansiedade	Sedação, sonolência, alterações do humor, apatia,

						cefaleias e ansiedade
	Clonazepam 2mg	14h 19h	PO	anti-convulsivante (benzodiazepina)	Profilaxia de pequeno mal, convulsões mioclónicas e tratamento de crises de pânico	Fadiga, sonolência, alterações comportamentais, aumento de secreções.
	Prometazina 25mg/ml (2ml)	SOS (8/8H)	IM	Sedativo	Se agitação psicomotora	Sonolência diurna, efeitos anti-colinérgicos (boca seca, obstipação, retenção urinária, hiperviscosidade das secreções brônquicas) e discinesias tardias.
	Haloperidol 5mg/ml (2ml)	SOS	IM ou EV	Antipsicótico	Tratamento das psicoses agudas e crónicas	Convulsões, síndrome neuroléptica maligna, taquicardia, hipotensão, reacções extrapiramidais, visão turva, obstipação e secção da boca
I: ↓6/01	Clorpromazina 50 mg até 6/01, passando a 25 mg	9h 19h		Antipsicótico	Psicoses agudas e crónicas, acompanhadas por aumento da atividade psicomotora	Sedação, reacções extrapiramidais, discinesia tardia, síndrome neuroléptica maligna, secção ou lar, visão turva, boca seca e fotossensibilidade.
I: 6/01	Amilssupride 200mg Suspende a 9/01. Prolactina aumentada	9h 13h 19h	PO	Antipsicótico Benzamidas	Tratamento da esquizofrenia aguda e crónica (contínua ou a longo prazo)	Insónia, ansiedade ou agitação, náuseas e galactorreia
I: 6/01	Aripiprazol 10 mg	13h	PO	Antipsicótico	Psicoses agudas e crónicas	Contrações/espasmos musculares incontroláveis, cefaleias, cansaço, náuseas, vômitos, obstipação, agitação, sonolência, e visão turva.
	Contenção física	SOS				Não utilizado
I: 12/12 T: 26/12	Risperidal Consta® 50 mg	Dêpot	IM	Neuroléptico de ação prolongada	Tratamento de manutenção da esquizofrenia, em doentes atualmente estabilizados com antipsicóticos orais	Aumento de peso, Hiperglicemia e diabetes mellitus, discinesia tardia e sintomas extrapiramidais e hipotensão ortostática
I: 9/01	Flupentixol 80 mg	Dêpot	IM	Antipsicótico. Neuroléptico de ação prolongada	Tratamento de manutenção da esquizofrenia	Sonolência, acatisia, hipercinesia, hipocinesia, taquicardia, palpitações, distonia, distúrbios visuais, dispneia, hipersecreção salivar, dispepsia, retenção urinária, hiperhidrose, prurido, mialgia, aumento de apetite e de peso, astenia, insónia, redução da libido, discinesia tardia, entre outros.

RELAÇÃO DIÁDICA

Considerando que importa conhecer a realidade individual, de modo holístico, sem perspectivas de generalização, será utilizada a metodologia de estudo de caso que de acordo com Yin (2005, p.32) é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Baseando nos objetivos definidos para o projeto, definem-se questões orientadoras para o estudo de caso.

- Quais os comportamentos interativos observados na mãe, na interação diádica?
- Quais as respostas comportamentais da criança face ao comportamento materno?
- Que fatores influenciam o processo de interação diádica?
- Qual o contexto sociofamiliar da díade?
- Quais os fatores de risco acrescido no desenvolvimento de perturbação de vinculação?
- De que modo o estado de saúde mental materno interfere na autopercepção da vinculação com os filhos?

A Michelle teve uma gravidez não planeada e não vigiada. Descobre quando já está grávida de 7 meses. É expulsa de casa dos pais aquando do descoberta da gravidez, acabando por ir viver com o pai da criança – de quem não tinha o contacto telefónico. Relação conflituosa com pai da criança, que diversas vezes questiona a paternidade. Estes dados, fazem-nos crer que a componente apego está comprometida.

Isto porque, segundo Bayle (2005), a parentalidade consiste num processo maturativo que conduz a uma reestruturação psicoafetiva, no sentido de permitir a dois adultos tornarem-se pais e assim responder a necessidades físicas, afetivas e psíquicas de um bebé – a Michelle teve de se adaptar à nova realidade, de modo abrupto, com apenas um mês de gravidez, e na ausência de suporte familiar.

A parentalidade pode distinguir-se como função – externa – e como estado – interno e individual, quase como “uma pele psíquica” (Chbani & Pérez-Sánchez, 1998; Bayle, 2005). Compõe-se de três componentes chave: comportamental, cognitivo e afetivo, considerando-se que a componente emocional é que melhor caracteriza a natureza intrínseca da parentalidade. Assim, os fatores emocionais constituem a base da adaptação à parentalidade (Cruz, 2013), e a Michelle descreve um estado emocional pautado por tristeza, desilusão, e humilhação perante os pais e restante família, comprometendo a componente apego – *bonding*.

Não foi possível avaliar o estilo de vinculação, por não se ter observado nenhuma interação com o filho, mas conjugando os dados obtidos dos relatos, com a evidência científica face ao assunto, apuro as seguintes respostas face às questões levantadas:

- **Quais os comportamentos interativos observados na mãe, na interação diádica?**

De acordo com Shonkoff & Phillips (2000) citados por Aguiar (2009), para assegurar o processo de interação, com o desenvolvimento de uma vinculação segura, os pais necessitam de competências pessoais para a interação construtiva com a criança; competências organizacionais na gestão da vida quotidiana; e competências de resolução de problemas. Por sua vez, o modo como os pais exercem o seu papel é fortemente influenciado pelo contexto familiar, económico e social (Magnusson & Stattin, 1998, citados por Aguiar, 2009). Assim, os processos associados à relação diádica são bidirecionais, recíprocos e contextuais, sendo importante uma reflexão sobre todos estes fatores nos comportamentos interativos maternos.

Durante as entrevistas, Michelle, fala sobre a relação com filho. Define a relação como positiva considerando que tem contacto frequente com o filho. Não consegue elaborar o que conceito de relação positiva.

Define-se como “mãe galinha” e “mãe macaca” porque brinca muito com ele mas define regras. Pedindo um exemplo, refere uma situação em que perante a dificuldade do filho em adormecer, lhe deu “uma palmada” e ele nunca mais voltou a fazer o mesmo. É-lhe devolvida esta afirmação, convidando a refletir

sobre o impacto que teve no filho e na percepção que ele teve desta situação. Refere que “ele percebeu...”.

Noutra situação, refere que quando o filho se porta mal (peço exemplo), faz birras, não tem paciência e obriga-o a parar. Na última vez que esteve com ele antes do internamento, diz ao filho: “*bate-me Sérgio... bate-me Sérgio... ele até se encolheu...*”. Devolvo esta afirmação e reflito “como será que isto parece aos ouvidos de um menino de 4 anos? O que será que ele percebe?”.

Avanço mais um pouco “*será que hoje diria isso ao seu menino?*”. Michelle para, acena negativamente com a cabeça e diz: “*estava descompensada... ele não percebeu nada... até ficou assustado...*”.

Consegue-se compreender que, pelo menos em momentos de crise, a interação da Michelle com o seu filho é pautada por comportamentos interativos de **intrusividade** (com interrupções abruptas do comportamento do criança). Não obstante o carinho que nutre pelo filho, tem dificuldade em gerir as duas dimensões do processo interativo: afeto e controlo (Maccoby & Martin, 1983, citados por Aquiar, 2009), apresentando crítica ao comportamento quando em fase de resolução de doença.

Os comportamentos interativos maternos são influenciados pelas características da criança, características de mãe e fatores externos à díade. Relativamente às características da mãe, os fatores com maior relevância encontrados são: idade, educação, estatuto profissional, **personalidade e saúde mental** (Aguiar, 2009).

Por outro lado, consegue-se apurar que dorme com o filho quando está com ele e que, durante o tempo que o Sérgio esteve à sua responsabilidade, estava sempre junto dele, andando constantemente com o filho ao colo. Fala frequentemente do filho (com carinho). Lembra-se dele e chora com saudades, no entanto, consegue-se identificar momentos de grande tensão entre os dois, com comportamentos interativos pouco previsíveis e, secundariamente, pouco securizantes.

Este aspeto parece estar condicionado pelas competências maternas, indo de encontro ao que refere Winnicott (1956). O autor foi um dos primeiros autores a abordar o envolvimento emocional da mãe com o seu bebé foi Winnicott, defendendo que para o desenvolvimento adequado do bebé bastaria uma *mãe suficientemente boa*. Para Winnicott não se trata de uma mãe

perfeita, mas sim de alguém que se reconhece os seus limites, conseguindo desenvolver uma relação de qualidade, de modo harmonioso e permanente, favorecendo um *meio facilitador* para o pleno desenvolvimento do bebê.

- **Quais as respostas comportamentais da criança face ao comportamento materno?**

Os comportamentos interativos maternos apresentam efeitos na criança, a nível do estabelecimento do tipo de vinculação; no desenvolvimento cognitivo; na aquisição de competências de relação interpessoal; nas respostas comportamentais; e no envolvimento relacional da criança na díade (Aguiar, 2009). Quando a Michelle fala sobre a relação com o filho, e descreve alguns momentos, tem tendência a valorizar a disciplina imposta ao menino. Como foi referido anteriormente, uma das vezes, disse ao filho *“bate-me Sérgio... bate-me Sérgio... ele até se encolheu...”*. Segundo a cliente, o menino compreende estas afirmações e não volta a repetir os comportamentos que lhe deram origem. No entanto, a própria Michelle refere *“ele até se encolheu”*, dando a perceção de uma criança assustada perante a sua mãe.

Avanço mais um pouco *“será que hoje diria isso ao seu menino?”*. Michelle para, acena negativamente com a cabeça e diz: *“estava descompensada... ele não percebeu nada... até ficou assustado...”*, demonstrando que, no momento, não consegue ter sensibilidade para identificar o impacto das suas ações no comportamento do filho. Este aspeto é referido por Dix (1991) citado por Aguiar (2009), que alerta para a associação entre alterações no bem-estar emocional – por condições de vida desfavoráveis ou por problemas de saúde mental – e adoção de comportamentos interativos intrusivos.

- **Que fatores influenciam o processo de interação diádica?**

Bowlby defende que a base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental é a vivência, por parte do bebê e criança pequena, de *“uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente (...)), na qual ambos encontrem satisfação e prazer”* (Bowlby, 1981, p. 14). Acrescenta ainda que nos primeiros três anos de vida, a criança necessita de cuidados contínuos da sua mãe, sendo os períodos de separação fonte de angústia para a criança. Quando a ausência de cuidados maternos é mantida e

prolongada no tempo, as repercussões na personalidade e desenvolvimento infantil poderão ser de ordem variada, sendo mais evidente nas dificuldades de relação interpessoal (Bowlby, 1981). De acordo com o autor, a associação de fatores genéticos com a vivência da vinculação, constitui a “embriologia da personalidade”, e o desafio constitui-se na compreensão clara deste processo, para prevenção da doença mental.

Além disso, para o estabelecimento de uma vinculação favorável entre mãe e bebê, a mãe precisa de se encontrar apta a estabelecer esse vínculo, estando dependente de uma vivência positiva da experiência da gravidez, parto e pós-parto (Bayle, 2005; Martins, 2012). Por sua vez, Stern (1997) designou o processo de adaptação à maternidade como *constelação materna* caracterizada pela criação de um espaço na mente da mãe com uma representação progressiva do seu bebê, que, aquando o nascimento, facilita o envolvimento afetivo e a interação.

Como se percebe pela história de vida da Michelle, a componente *apego*, poderá estar comprometida, pois tratou-se de uma gravidez não planeada e não vigiada, pelo desconhecimento desta. Aquando da descoberta da gravidez foi expulsa de casa, com compromisso do apoio social e familiar. Quanto maior o suporte social da mãe, maior a sua capacidade para enfrentar as angústias decorrentes da adaptação à maternidade. Considerando a complexidade da relação estabelecida entre bebê e a mãe, uma quebra desta sintonia pode traduzir-se pelo aparecimento de perturbações, podendo refletir-se no desenvolvimento do bebê (Rosa, 2003).

Durante o primeiro ano de vida, a relação diádica foi pautada de dúvidas expressas do pai quanto à paternidade do bebê. Sendo de extrema importância o papel do pai, no estabelecimento de relações diádicas prazerosas, com o que Chbani & Pérez-Sánchez (1998) designam de *unidade originária*, esta dificuldade de apoio por parte do companheiro poderá ter comprometido o bem estar materno e, conseqüentemente a qualidade das interações precoces. De acordo com Figueiredo (2005), o *bonding* materno está condicionado, entre outros, pela qualidade da relação conjugal e pelo estilo de vinculação vivenciado com os seus pais.

As experiências e recordações anteriores, assim como as vivências traumáticas não elaboradas, emergem no momento da maternidade, podendo

ser reforçadas pelos comportamentos da criança. A dificuldade de integração destes fatores poderá condicionar e inibir as capacidades maternas e a assunção do papel maternal, que assume um peso mais preponderante na presença de suscetibilidade, vulnerabilidade e diminuição da resiliência por parte da mãe (Bayle, 2005). Efetivamente, a Michelle esteve internada quando o filho tinha 4 meses, referindo diagnóstico de depressão pós-parto.

O impacto na família, de um progenitor com doença mental, é mediado por interações complexas que contribui para o aumento da dificuldade de adaptação ao papel parental

os pais com doenças mentais podem ficar presos num ciclo vicioso – os stressores do ambiente têm impacto no progenitor e na criança exacerbando os sintomas do primeiro e os problemas de comportamento da segunda, o que, por seu turno, contribui para as dificuldades de interação entre ambos. Estes stressores adicionais exacerbam os sintomas e podem levar à hospitalização do progenitor doente, o que pode resultar na colocação da criança em cuidados alternativos (...) podendo atrasar a recuperação e criar problemas de vinculação (Castle *et al*, 2003, p. 81).

Desde 2013, que a guarda do Sérgio está a cargo do ex-companheiro, sendo perceptível que o tempo de convivência entre os dois é limitado a fins de semana alternados, apesar da Michelle referir que pode ver o filho sempre que queira.

- **Qual o contexto sociofamiliar da díade?**

São notórias as dificuldades económicas, com pouco apoio da família alargada – nos primeiros tempos manteve o apoio, tendo a avó ficado com o Sérgio aquando do internamento da filha, no entanto, referindo “*o teu pai não pode voltar e encontrar aqui o teu filho...*”; e atualmente “*não podes vir viver para cá [França] pois o teu pai não te quer aqui*”, propondo arranjar um quarto nas imediações. Aquando do internamento de 2013, perante as dificuldades em dar alta à Michelle, a mãe adoptiva referiu aos serviços sociais a impossibilidade de a receber por incompatibilidade com o pai adoptivo.

Nesse internamento, por decisão da CPCJ, a guarda paternal do menino fica a cargo do pai. No entanto, este refere dificuldades em cuidar do menino, tendo a guarda sido imposta, e não por vontade expressa deste. De acordo com Michelle, o G procura-a quando tem problemas, relatando uma situação em que o filho tinha uma otite e o pai lhe pediu para comprar o antibiótico, sem

saber se ela tinha dinheiro ou não para o comprar. Outra situação relatada: *“uma vez, quando o Sérgio estava com varicela, entrega-o para as mãos e sai a correr...”*. *“É sempre assim... e quando eu tenho problemas? Fui ter com ele num caco...”* e ele nem me visita. Michelle expressa a mágoa pelo diminuto apoio.

O fato de ter ficado sem a guarda do filho, é corroborado por Hearle & MacGrath (2003), quando identificam que a parentalidade nas pessoas com doença mental pode estar associada a dor, perda e frustração, com uma rede de apoio ineficaz, a maioria dos filhos retirados aos pais, o que conduz a relutância em recorrer a apoios comunitários. Os melhores resultados estão associados a apoios familiares e de amigos. Os autores alertam para a importância de compreender o impacto da perda dos filhos no estado mental e sentimentos de auto-eficácia destas mulheres – que parece ter sido decisivo para a Michelle.

Desde 2013, a Michelle tem vivido em casa de amigos e conhecidos, referindo que mantém o contacto com o filho, e que ele fica com ela nos fins-de-semana que lhe são atribuídos.

- **Quais os fatores de risco acrescido no desenvolvimento de perturbação de vinculação?**

Além dos períodos em que está doente, em que se evidencia a dificuldade de cuidar de si própria e por conseguinte, cuidar do seu filho, são de referir os seguintes fatores: vinculação com os seus pais, traduzida por uma personalidade insegura – com necessidade de aprovação e aceitação pelos outros; pouco apoio social e familiar; dificuldades económicas; longos períodos de afastamento desde a primeira infância; comportamentos interativos pautados por diretividade, e em momentos de crise, por intrusividade.

- De que modo o estado de saúde mental materno interfere na autoperceção da vinculação com os filhos?

Apesar dos comportamentos descritos, e da relação com o filho, Michelle continua a considerar as interações com o filho como positivas. Denota-se

pouca crítica face aos seus comportamentos, e desresponsabilização das interações.

Internamentos em que não se preocupa com o filho, refere *“sabia que tinha um filho, mas não me preocupava com ele”* *“parecia que era um sonho”*.

Na atividade *“O ponto”*, descreve o desenho como sendo referente à sua relação com o filho. Os dois corações representam-na e ao seu filho, sendo dois corações ricos, que se encontram no céu. A riqueza é simbolizada pelo amarelo e o céu é representado pela nuvem.

“Pode falar-me dessa herança?”. Peço-lhe para falar das coisas boas e também das menos boas (tento tirar o caráter negativo à expressão que utilizou).

Bom deixa o sorriso. Menos bom a teimosia.

Define como objetivos encontrar emprego estável, nas palavras da própria *“fixo”*, para ter casa própria, com a finalidade de recuperar a guarda do filho. No entanto, refere que gostava de ter uma menina, no futuro. Como o filho é rapaz diz que ele fica melhor com o pai. Mantém ambivalência na relação com o filho. Por um lado, refere constantemente que gostaria de ter a guarda paternal, por outro, parte dos seus projetos não considera o filho. Pondera se volta para Angola, viver com o irmão; ou se vai para França ver o Secundino; e quando se questiona o lugar do Sérgio nestas decisões, reformula estas reflexões.

O enfoque nas diversas entrevista, é nas relações interpessoais a nível da família (mãe e pai adotivo) e relações afetivas. Muito autocentrada. Planos incluem filho, mas não todos. A Michelle está a tentar encontrar a sua identidade – a sua disponibilidade para o filho parece condicionada pela sua autoperceção e seu bem estar.

CONCLUSÃO

De acordo com a OE (2010, p.2), o EESMP, “durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial”. No acompanhamento da Michelle as intervenções foram planeadas de acordo com as necessidades da cliente, com vista à promoção da saúde mental e à reabilitação psicossocial, favorecendo a capacitação pessoal para manter e restaurar a saúde.

Foi de extrema importância a participação nas reuniões de saúde comunitária e de pedopsiquiatria, pela compreensão das vivências da cliente, e para assegurar a continuidade de cuidados, centrando a intervenção na cliente, através da partilha de informação. Minimizando a dicotomia internamento/comunidade, os cuidados foram planeados com o objetivo *major* de reinserção social. Não obstante isso, toda a intervenção teve **limitações** da quais se destacam: a ausência de contacto com a rede de suporte, e a sua diminuta constituição – referência apenas à amiga, com quem vive – impossibilitando uma intervenção familiar, defendida por diversos autores como prioritária no cuidados a pessoas com patologia bipolar.

A impossibilidade de programar uma interação com o filho constituir uma limitação do ponto de vista da concretização dos objetivos do projeto. No entanto, coloco a questão: terá sido uma limitação para a reabilitação da cliente? E para a criança? Esta reflexão foi importante, pois seria um momento muito delicado, cuja decisão não se poderia reduzir à concretização dos meus objetivos. Poderiam ser obtidos ganhos em saúde para a cliente? Creio que sim. E para o menino? O EESMP deve mobilizar “um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais” (OE, 2010, p.2), pelo que

considerando todos os aspetos, e na evidência de dificuldade na concretização deste encontro, optou-se por não o sobrevalorizar.

Este percurso acompanhou-se de reflexão constante sobre a postura e adequação do comportamento pessoal, como EESMP, isto porque, o EESM se mobiliza enquanto instrumento terapêutico, e para isso, “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico” (OE, 2010, p.2), para o estabelecimento de “relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (OE, 2010, p.2).

Inicialmente, maior apoio da orientadora, denotou-se evolução positiva, com maior autonomia e decisões baseadas no juízo crítico. Se inicialmente deixei questões por explorar por insegurança, à medida que a relação terapêutica evoluiu, consegui decidir o rumo a seguir, deixando em alguns aspetos por explorar, tanto para não ser exaustivo, como por não identificar objetivo terapêutico na sua exploração.

Mantive uma postura de escuta ativa, com discurso fluído, flexível e adaptado à cliente e ao seu fluxo, evitando o questionamento direto, utilizando como recursos a clarificação, validação, e, por vezes a confrontação.

Nas intervenções de âmbito psicoterapêutico implementadas houve introdução, desenvolvimento, síntese e avaliação.

Foi fácil empatizar com a Michelle, sendo uma empatia genuína, reconhecendo que com outros clientes não me seria tão fácil, para não dizer, que seria muito difícil, como o caso de histórias que envolvam abusos de crianças, e alguns utentes com postura muito intrusiva.

Não obstante isso, exigiu reflexão e em alguns momentos ponderei qual seria a melhor atitude. Por exemplo, quando confronto a Michelle com a sua responsabilidade nas relações que estabelece, não obstante as experiências de rejeição, sinto receio de criar uma clivagem na relação terapêutica estabelecida – no entanto, essa confrontação foi necessária, para potenciar a mudança.

Outra questão que levantei durante o percurso foi sobre a minha postura. Estaria a ser demasiado paternalista? Questionei-me se estaria a aconselhar em demasia, por identificação com uma das tias da Michelle (residente em Angola). A Michelle referiu por três vezes “*ao dizer isso parece mesmo a mama*

Hortense... tal e qual as coisas que ela me diz...”. Ora, o objetivo é apoiar na mudança terapêutica, e, pelos vistos, estou a repetir algo que a tia já referir – e sem efeito. Percebo que fiquei frustrada, acabando por reagir com humor, referindo a impossibilidade de ser sua mãe. Não identificando logo na altura, e valorizando pouco este facto, senti esta necessidade de definir bem estes limites. Após reflexão parece-me que a minha frustração está relacionada, novamente com a dificuldade de em assumir as falhas e limitações.

Compreendo que recorro frequentemente ao uso da ironia e humor, e que muitas vezes poderá não resultar. Principalmente com pessoas com alterações da perceção e com dificuldade no estabelecimento de relações de confiança.

A validação e confrontação resultam muito bem com a Michelle. Ao devolver as questões, ela reflete e coloca em perspetiva. Aparentemente muito recetiva à mudança, sendo priorizado o *insight* para adesão à terapêutica. No entanto, é reinternada a 8/02, não tendo cumprido a maioria da medicação desde a alta hospitalar. Compareceu ao dêpot, considerando que seria suficiente.

O que falhou? Que suporte estamos a dar às pessoas com doença mental? O que poderia ter feito diferente? Termino este estudo de caso com mais questões do que comecei, mas acreditando no potencial da cada pessoa – cliente e profissionais – para mudar, passo a passo, esta realidade.

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, C. (2009). *Comportamentos Interactivos Maternos e Envolvimento da Criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- American Psychiatric Association (2015). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtorno Mentais. DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Caldas de Almeida (2010) – *Estudo Epidemiológico Nacional de saúde Mental*. Lisboa: NOVA Medical School. Faculdade de Ciências Médicas.
- Chbani, H., Pérez- Sánchez, M. (1998). *O quotidiano e o inconsciente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). *CIPE® Versão B2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século.
- Hearle, J. & McGrath, J. (2003). Maternidade e Esquizofrenia. In D. Castle, J. McGrath, & J. Kulkarni (Eds.), *As Mulheres e a Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Martins, C. (2012). *Impacto da idade materno na relação que a mãe estabelece com o seu bebé* (Tese de Mestrado). Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, I. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *AJNS*, 2 (1), 1-5.
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série, N.º 122 (25-07- 2015) 17034-17041.
- Rosa, M. (2003). *Estudo sobre a influência de factores emocionais maternos no desenvolvimento precoce da mãe e do bebé*. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Évora. Disponível no RCAAP.
- Stern, D. (1997). *A CONSTELAÇÃO DA MATERNIDADE. O panorama da psicoterapia pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tomey, A., Alligood, R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. 6ªed. Loures: Lusociência.
- Winnicott, D. (1988). *Os bebés e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso. Planeamento e Métodos* (3.ª ed.). São Paulo: Bookman.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA NPST

Escala de Apoio dos Enfermeiros aos Pais

Gostaríamos de saber a sua opinião acerca do apoio que recebeu da equipa de enfermagem durante a hospitalização do seu filho(a).

Para cada frase que se segue, por favor coloque um círculo na resposta que melhor indica a frequência com que os enfermeiros o apoiaram durante a hospitalização do seu filho(a).

EM GERAL, A EQUIPA DE ENFERMAGEM DESTE SERVIÇO:

1- Ajudou-me a falar sobre os meus sentimentos, receios ou preocupações.

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

2- Ajudou-me a compreender o que estava a ser feito ao meu filho(a) (por exemplo: exames, procedimentos, terapêutica, etc.).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

3- Ensinou-me a prestar cuidados ao meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

4- Fez-me sentir importante enquanto pai/mãe.

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

5- Deixou-me decidir se desejava assistir ou não aos procedimentos técnicos.

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

6- Respondeu satisfatoriamente às minhas perguntas, ou procurou quem o fizesse.

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

7- Informou-me sobre as alterações e/ou melhorias no estado clínico do meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

8- Incluíu-me nas discussões quando foram tomadas decisões sobre os cuidados ao meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

9- Ajudou-me a compreender o comportamento e as reacções do meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

10- Ajudou-me a saber como consolar o meu filho(a) durante ou após os procedimentos.

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

11- Informou-me se estava a desempenhar bem os cuidados prestados ao meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

12- Deu atenção às minhas preocupações.

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

13- Demonstrou preocupação em relação ao meu bem-estar (por exemplo: dormir, comer, etc.).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

14- Ajudou-me a conhecer os nomes e funções dos membros da equipa que cuidou do meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

15- Cuidou bem do meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

16- Incentivou-me a fazer perguntas sobre o meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

17- Foi sensível às necessidades especiais do meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

18- Permitiu-me estar envolvido(a) nos cuidados prestados ao meu filho(a), sempre que possível.

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

19- Demonstrou gostar do meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

20- Respondeu prontamente às necessidades do meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

21- Foi optimista em relação ao meu filho(a).

Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Na maioria das vezes	Quase sempre
----------------	-----------------	------------------	-------------------------	-----------------

© Margaret S. Miles, 1999

Por favor, acrescente outras coisas que os enfermeiros fizeram e que o tenham ajudado enquanto pai/mãe:

Existem outras coisas que desejaria que os enfermeiros fizessem para o ajudar enquanto pai/mãe?

ANEXO 2

PROGRAMA JORNADAS DE PEDOPSIQUIATRIA

WORKSHOPS 07|08 OUTUBRO

7 de Outubro | 14h00-17h00

Psicofarmacologia - Novos Desafios

Auditório do HDE

António Trigueiros
Margarida Marques
Ana Moscoso
Maria Antónia Silva
(Pedopsiquiatras)

Sociodrama

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

António Nabais
Ricardo Rodrigues
(Enf. Especialistas de Saúde Mental)

Biodanza

Hospital de Dia da Infância - Clínica do Parque

Márcia Santos
(Enf. Especialista de Saúde Mental)

8 de Outubro | 14h00-17h00

"Coisas que julgava saber acerca do bebé"

Sala de Formação do HDE

Madalena Gomes
(Psicóloga Clínica)
Rita Rapazote
(Pedopsiquiatra)

Educação através da Arte: Expressão das Emoções, Atividade simbólica e Relação

Terapêutica

Hospital de Dia da Infância - Clínica do Parque

Manuela Cruz
(Prof. Ens. Especial)
Paula Santos Lobo
(Lic. Ciências Educação)
Alexandra Baudouin
(Mestre em Educação Artística)
Ricardo Rodrigues
(Sociodrama)

Risco Clínico: Auto e Heteroagressão

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

António Nabais
André Maravilha
(Enf. Especialistas de Saúde Mental)

Comissão Científica

Dr Eduardo Gomes da Silva
Drª Micaela Serelha
Dr Augusto Carreira
Dr José Salgado
Drª Nélia Rebelo Silva
Enf. António Nabais
Drª Mª Augusta Lopes
Terapeuta Coord. Alexandra Quintas

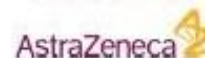
Comissão de Honra

Drª Teresa Sustelo
Dr Álvaro Carvalho
Drª Isabel Paixão
Enf. Ana Soares
Enf. Palmira Silva
Drª Laura Silveira
Drª Ana Isabel Gonçalves
Drª Helena Gonçalves

Comissão Organizadora

Drª Maria Antónia Silva
Drª Manuela Almeida
Drª Carla Silva
Drª Mariana Farinha
Enf. Lúcia Carvalho
Drª Inês Pina Cabral

PATROCÍNIOS



JORNADAS PEDOPSIQUIATRIA DO CHLC

9|10
de OUTUBRO
2015

Auditório Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa
Pólo Artur Ravara - Parque das Nações

Patrocinador Principal



Secretariado

Inês Pina Cabral | Carla Silva | Ana Rita Vieira
jornadaspedopsiquiatriachlc@gmail.com
Tel: 91 995 45 18

JORNADAS
**PEDOPSIQUIATRIA
DO CHLC**

9 OUTUBRO

08h30 | Abertura do Secretariado

09h00 | Sessão de Abertura

09h30 | Mesa: **A Clínica do Bebê**
Unidade da Primeira Infância
Moderador: Lília Carvalho
(Enf. Especialista de Saúde Mental)

Perturbações da Relação e Comunicação

Pedro Caldeira da Silva
(Pedopsiquiatra)

Dificuldades Alimentares

Joana Reis
(Interna Pedopsiquiatria)
M^a João Nascimento
(Enf. Especialista de Saúde Mental)

Perturbação da Relação Pais-Bebé

Sílvia Catarino
(Assistente Social)

11h00 | Coffee Break

11h30 | Mesa: **(Re)Construções - O Hospital de Dia da Infância**
Clínica do Parque
Moderador: Rui Martins
(Fac. Motricidade Humana)

Cristina Marques
(Pedopsiquiatra)
Arlete Correia
(Enf. Especialista de Saúde Mental)
Ricardo Rodrigues
(Enf. Especialista de Saúde Mental)
Luísa Costa
(Psicomotricista)
Susana Pereira
(Terapeuta Ocupacional)

13h00 | Almoço

14h00 | Mesa: **Intervenção Comunitária**
Clínica da Encarnação
Moderador: João Beirão
(Pedopsiquiatra)

Mariana Farinha
(Interna Pedopsiquiatria)
Francisca Vieira
(Interna Pedopsiquiatria)
Pedro Dias
(Interna Pedopsiquiatria)
Assoc. Crescer Ser
S.C.M. de Mafra

15h30 | Pausa

16h00 | Conferência

Corpo, Saúde e Doença - Notas a partir do Livro Atlas do Corpo e da Imaginação

Conferencista Convidado: Gonçalo M. Tavares
(Fac. Motricidade Humana)

10 OUTUBRO

09h30 | Mesa: **A Voz do Corpo - Manifestações do Adolescer através do Corpo**
Clínica da Juventude
Moderador: Fernanda Pedro
(Enf. Especialista de Saúde Mental)

Paula Vilarça
(Pedopsiquiatra)
Henrique Pereira
(Pedopsiquiatra)

O Hospital de Dia da Adolescência

Paula Vaz
(Enf. Especialista de Saúde Mental)

11h00 | Coffee Break

11h30 | Mesa: **Perturbações do Comportamento Alimentar**
Equipe da Ligação / Unidade de Internamento
Moderador: Maria Antónia Silva
(Pedopsiquiatra)

Maria do Carmo Pinto
(Pediatra)

Carla Correia
(Dietista)
Helena Afonso
(Interna Pedopsiquiatria)

Joana Pombo
(Psicóloga Clínica)
Susana Correia
(Enf. Especialista de Saúde Mental)

Rita Palma
(Psicomotricista)

13h00 | ENCERRAMENTO

ANEXO 3

**PROGRAMA DO II ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE
LISBOA**

Apesar dos enormes progressos observados nas últimas décadas, a prematuridade é responsável por cerca de 70% da mortalidade neonatal, sendo os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou peso inferior a 1500 g. os que apresentam também maior risco de morbilidade etiologicamente associada. A intervenção da equipa de Saúde multidisciplinar é fundamental também neste domínio da prevenção, controlo da morbilidade e promoção do seu potencial de desenvolvimento.

Os cuidados de Enfermagem ao prematuro, têm como finalidade, entre outras, a promoção do bem-estar e a prevenção de complicações. O enfermeiro/a como principal cuidador é o profissional que se encontra permanentemente junto da criança e da família, deve conhecer os princípios científicos e desenvolver práticas de cuidados promotoras de desenvolvimento, visando a autonomia e satisfação global das suas necessidades.

Organização:

Hospital de São Francisco Xavier, CHLO
Hospital de Santa Maria, CHLN
Hospital Dona Estefânia, Maternidade Alfredo da Costa, CHLC
Hospital Garcia de Orta
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE
Hospital de Cascais, Dr. José d'Almeida
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Patrocínios



II Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa

Cuidar para o Desenvolvimento
Qualidade e Segurança

PROGRAMA

BEM-ESTAR E
AUTOCUIDADO
PROMOÇÃO DA
SAÚDE



PREVENÇÃO DE
COMPLICAÇÕES
READAPTAÇÃO
FUNCIONAL



ORGANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS
E SATISFAÇÃO
DO CLIENTE



13 e 14 de Novembro de 2015

Auditório da ESEL - Polo Calouste Gulbenkian
Lisboa

www.encontroenfneonatologia.pt

13 de Novembro de 2015

8h00 | Abertura do Secretariado
Acolhimento aos participantes

8h30 | Mesa - BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO

MODERADOR: Raquel Gomes

DINAMIZADORES: Marisa Santa Bárbara e Dina Oliveira

Produção de Leite em Mães Prematuras: definição de Hipogaláctea | Constança Gouveia Pinto (CHLO - HSFJ)

Massagem do bebé – Capacitação dos Pais | Júlia Cunha (CHLC - HDE)

Promoção da Amamentação do Recém-Nascido Prematuro – Estudo retrospectivo | Nádia Caldeira (HGO)

Estimulação oral | Nisa Souto (H. Dr. Nélcio Mendonça, Funchal)

10h00 | SESSÃO DE ABERTURA

10h30 | Pausa

11h00 | Mesa – PROMOÇÃO DA SAÚDE

MODERADOR: Sónia Martins Candeias

DINAMIZADORES: Graça Moraes Rocha e Rita Pereira

Alimentação Oral positiva: a intervenção de Enfermagem na capacitação

Parental | Ana Margarida Macedo (CHLO - HSFJ)

Grupo de Apoio de Pais para Pais | (CHLN - HSM)

Promoção da Parentalidade – Parceria de Cuidados | Grupo de Trabalho (HGO)

12h30 | Pausa para almoço

14h00 | Mesa – PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

MODERADOR: Manuel Cunha

DINAMIZADORES: Teresa Magão e Joana Teixeira

Escala de avaliação do risco de lesões da pele em Neonatos – apresentação dos resultados da validação nacional | Cláudia Olho Azul Martins (Hospital de Cascais, Dr. José d'Almeida)

Estratégias para prevenção da Hemorragia Intraperiventricular no Recém-Nascido de Muito Baixo Peso | Carina Araújo/Purificação Moita (CHLC - MAC)

A queda do Recém-Nascido em ambiente hospitalar – da prevenção à actuação pós-queda | Ana Rita Parente (Hospital Cascais, Dr. José d'Almeida)

Cuidar do Recém-Nascido em Hipotermia Induzida | Grupo de Trabalho (CHLN-HSM e CHLC-MAC)

14 de Novembro de 2015

8h00 | Apresentação e discussão dos pósteres

9h00 | Mesa – READAPTAÇÃO FUNCIONAL

MODERADOR: Isabel Malheiro

DINAMIZADORES: Zaida Charepe e Salomé Grilo Garcia

Nascer e viver com uma doença renal: a transição para o Domicílio e a integração no Ambiente Escolar | Carla Robalo (CHLN - HSM/UMAD)

Cuidados de Saúde Primários – O apoio na Comunidade | Aida Lopes (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar)

A intervenção precoce na infância: as equipas locais de intervenção – ELLs | Bárbara Meneses (DGS)

10h30 | Pausa

11h00 | Conferência – “Sobreviver” Pilot Project: the Tasle of 3 NICU’s Journey to Change - Programa C.A.R.E. - XXS | Mary Coughlin

11h30 | Mesa – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS E SATISFAÇÃO DO CLIENTE

MODERADOR: Palmira Silva

DINAMIZADORES: João Paulo Nunes e Manuela Amaral

Dotações Seguras em Neonatologia | José Nelas (OE - MCEESIP)

O Catálogo CIPE | Carla Cabete (CHLC - HDE)

Satisfação do Utente | Mónica Sousa (HFF)

13h00 | Entrega de prémios dos pósteres

Encerramento

ANEXO 4

TESTEMUNHO CASSANDRA DEGL – IMPORTÂNCIA DE UM DIÁRIO NA UCIN

3 REASONS A JOURNAL IS ESSENTIAL FOR PARENTS OF PREEMIES

I was never a writer, nor did I ever keep a journal or diary. I'm a science teacher and a mother of four beautiful children, but I discovered the feelings of freedom, power and relief that comes with writing.

I started a journal on a sheet of paper a nurse gave me the night my daughter was born. Days past before I could meet my baby. From my hospital bed with intravenous lines and bags of blood being pushed into my veins, all I could think about was the fact that my daughter might die before I ever saw her face or felt her touch. This is because my daughter was born at 23 weeks. Her name is Joy.

Twelve hours past before I awoke after her delivery. Frankly, it was a miracle I woke up at all. I'd been on bed rest for seven weeks before my emergency c-section. My placenta had implanted on my scar tissue from three previous c-sections and then decided to grow through it and attach to my bladder and bowels. They all needed to be delicately separated after doctors removed my daughter from my uterus. Then they took my uterus too.

Once I woke up from surgery, I was angry that my medical team wouldn't let me meet my daughter. I was irate and required mediation to calm down. I refused to sleep until I could meet her. To shut me up, a surgical ICU nurse handed me a piece of paper and pen and told me to write. That was the best advice. I wrote on that paper (and additional papers) for the week I remained in the hospital.

The second day I was allowed to drive myself to visit my daughter in the NICU, I stopped at a drug store and purchased a mini notebook, which became my constant companion, and in which I recorded everything, beginning with her 1-pound 4-ounce birth weight and her 11-inch height.

Each day, for 121 days, I wrote about Joy's progress — or lack thereof — her medications, her medical procedures and her growth. I wrote about my pregnancy, my feelings and emotions. I also wrote about my three other small children at home and what we did together and how they were reacting to Joy's premature birth and time in the NICU. A month after Joy came home, I went to write in my notebook, but instead, I started reading everything I'd written over the previous four months. That's when I knew I had to tell Joy's story, and I began to put it all together into a book.

My NICU journal became my weapon against misunderstanding, as well as a tool to help me heal. No one anticipates his or her baby being admitted to the NICU, whether it's due to premature birth or another major health issue. NICU parents are in a state of

shock and don't have the clarity needed to analyze and interpret the onslaught of medical jargon presented to them, as well as the decisions they're asked to make.

From a health care perspective, a simple NICU journal can help arm and empower parents so they can better take care of themselves, as well as be an active participant in their baby's care. From a personal perspective, a NICU journal can also be a place where parents document their emotions. Any length of time with a baby in the NICU can cause parents to suffer from symptoms of post traumatic stress disorder. Research shows that expressive writing can be used as a therapeutic tool. Writing about traumatic, stressful or emotional events has been found to result in improvements in both physical and psychological health.

A NICU journal can record what the medical team discusses at rounds each morning. Your baby's nurse can fill you in if you could not be there at that time. It can also include your baby's daily clinical information such as weight, length, fluid intake, medications, diagnostic tests, diaper contents, examinations, medical interventions and any change in the health care plan.

An informed and organized NICU parent possesses a weapon that allows them to actively participate in the care of their baby both in the present and future. A daily NICU journal allows for this as well as relieves the pressure of memorizing medical jargon, which allows a parent to relax and enjoy their visitations. Plus, the process of writing down personal feelings each day will help with the healing process, because all NICU parents need to heal.

Take away points:

1. **A NICU journal is an easy way to keep track of your baby's health,** allowing you the power to participate in making more informed health care decisions with your baby's medical team.
2. **Research shows that expressive writing can be used as a therapeutic.** Writing about traumatic, stressful or emotional events has been found to result in improvements in both physical and psychological health.
3. **Reading your NICU journal will remind you how far you and your baby have come.**

Degl, C. (2015). 3 Reasons a Journal Is Essential for Parents of Preemies. 14/04/2015.

<http://themighty.com/2015/04/3-reasons-a-journal-is-essential-for-parents-of-preemies/>

ANEXO 5

VIAGEM À HOLANDA

EMILY KNISLEY

Bem vindo à Holanda

Ter um bebê é como planejar uma fabulosa viagem de férias - para a ITÁLIA! Você compra montes de guias e faz planos maravilhosos! O Coliseu. O David de Miguel Ângelo. As gôndolas em Veneza. Você pode até aprender algumas frases simples em italiano. É tudo muito excitante. Após meses de antecipação, finalmente chega o grande dia! Você arruma as suas malas e embarca. Algumas horas depois você aterriza. O comissário de bordo chega e diz: - "BEM-VINDO À HOLANDA!"

"Holanda!?! "diz você". O que quer dizer com Holanda!?!? Eu escolhi Itália ! Eu devia ter chegado a Itália. Toda minha vida sonhei em conhecer Itália."

Mas houve uma mudança de plano de voo. Eles aterraram na Holanda e é lá que você deve ficar. A coisa mais importante é que eles não te levaram a um lugar horrível, desagradável, cheio de pestilência, fome e doença. É apenas um lugar diferente. Logo, você deve sair e comprar novos guias. Deve aprender uma nova linguagem. E você irá encontrar todo um novo grupo de pessoas que nunca encontrou antes.

É apenas um lugar diferente. É mais baixo e menos ensolarado que a Itália. Mas, após alguns minutos, você pode respirar fundo e olhar ao redor... E começar a notar que a Holanda tem moinhos de vento, tulipas e até Rembrants e Van Goghs.

Mas, todos os que você conhece estão ocupados, indo e vindo da Itália... e estão sempre comentando o tempo maravilhoso em que passaram lá. E por toda a sua vida, você dirá : "Sim, era lá que eu deveria estar. Era tudo o que eu havia planejado."

E a dor que isso causa nunca, nunca irá embora... porque a perda desse sonho é uma perda extremamente significativa.

Porém... se você passar a sua vida toda remoendo o facto de não haver chegado a Itália, nunca estará **livre para apreciar as coisas belas e muito especiais...** sobre a Holanda.

Emily Perl Knisley

ANEXO 6

PROCEDIMENTO CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO MUITO BAIXO PESO

Título: Cuidados ao Recém-Nascido Muito Baixo Peso

1. Objectivo

Descrever e apresentar a sequência lógica de cuidados a prestar ao RNMBP

Assegurar a qualidade de vida e desenvolvimento adequado do RNMBP, minimizando o risco de sequelas associadas à prematuridade

2. Âmbito

Equipa multidisciplinar da UCIEN

3. Definições e Siglas

RN – Recém-Nascido

IG – Idade Gestacional

PN – Peso de Nascimento

RNPT – Recém-Nascido Prematuro

RNMBP – Recém-Nascido Muito Baixo Peso

HIPV – Hemorragia Intra-Periventricular

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

DBP – Displasia Broncopulmonar

ROP – Retinopatia da Prematuridade

NEC – Enterocolite Necrosante

BP – Bloco de Partos

DD – Decúbito Dorsal

DL – Decúbito Lateral

4. Descrição

Politica

Prematuridade – São considerados RNPT aqueles com IG<37semanas, no entanto, vamos considerar o RNMBP, ou seja, com IG<32semanas e PN<1500gr. O RNMBP tem um risco acrescido de mortalidade e morbidade.

O RNMBP apresenta imaturidade dos diversos sistemas, caracterizada por hipotonia e diminuição de movimentos; padrão de posicionamento extensor; sinais neurológicos ausentes ou diminuídos; labilidade térmica acentuada; diminuta queratinização da pele; hipoventilação, etc. Todos estes fatores levam a um risco acrescido de desenvolvimento de morbidades como: HIPV, DBP, ROP, NEC, PCA; entre outros, e a aumento significativo de suscetibilidade de IACS.

Associada à sua imaturidade, aquando do internamento na UCIN, o RN é exposto a estímulos excessivos e hostis, com luz e ruído intenso e constantes e grande quantidade de procedimentos e manipulações, que contribuem para instabilidade cardiovascular, respiratória e neurovegetativa e comprometem a recuperação global, o crescimento e o desenvolvimento futuro. O principal objetivo dos cuidados é minimizar o impacto destes procedimentos e estímulos no seu desenvolvimento, através de cuidados mutidisciplinares harmoniosos, individualizados e com envolvimento da família:

- Adaptação do ambiente da UCIN
- Individualização cuidados
- Observação comportamental
- Integração e envolvimento da família
- Minimizar o stress e promover a estabilidade fisiológica
- Maximizar o crescimento, organização neurocomportamental e desenvolvimento global do RN

A HIPV consiste na maior causa de mortalidade e morbidade associada à prematuridade. Cerca 90% da HIPV ocorre na 1ª semana de vida, sendo que mais de 50% ocorre no primeiro dia. Existem fatores intrínsecos ao RN e ao trabalho de parto que não são passíveis de tratamento, mas cerca de 60% são por fatores iatrogénicos. Assim, a maturação pulmonar completa, a laqueação tardia do cordão, a manutenção da estabilidade térmica, e da estabilidade hemodinâmica, a optimização da ventilação mecânica, com predomínio da ventilação não invasiva, níveis menores de O₂, e sem variações abruptas de CO₂, associados a manipulação mínima, assumem-se como boas práticas na prevenção da HIPV.

Devido a apresentarem maior superfície corporal face à sua massa corporal, a ausência de queratina e gordura subcutânea, as reservas diminutas de gordura castanha e de glicogénio, associadas a capacidade de vasoconstrição e tonus muscular limitados, os RNPT apresentam maior suscetibilidade de perda de calor logo após o nascimento. Por sua vez a hipotermia é um fator de risco independente de mortalidade, pelo aumento do consumo de O₂ e glicose, com

atraso da transição de circulação fetal-RN; agravando SDR e dificultando a reanimação. Além disso, favorece aparecimento de acidose e alterações da coagulação e está associada a hemorragia pulmonar e intracraniana. Assim, a manutenção da temperatura corporal entre os 36,5°C e 37,5°C assume particular importância.

As IACS constituem problema grave, atingindo entre 15-40% dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, associadas a comorbilidade grave e aumento da taxa de mortalidade.

A hiperventilação ($\text{PaCO}_2 < 35 \text{ mmHg}$) aumenta o risco de DBP e Leucomalácia Periventricular. Quanto maior o tempo de ventilação mecânica, maior o risco de lesão pulmonar.

Procedimento

Iniciar maturação pulmonar aquando da identificação de risco de Parto Pré-termo, conforme descrito em Procedimento X/XXXX

Sinalização à equipa da UCIN da proximidade do parto pré-termo, para preparação do material de cuidados imediatos ao RNMBP;

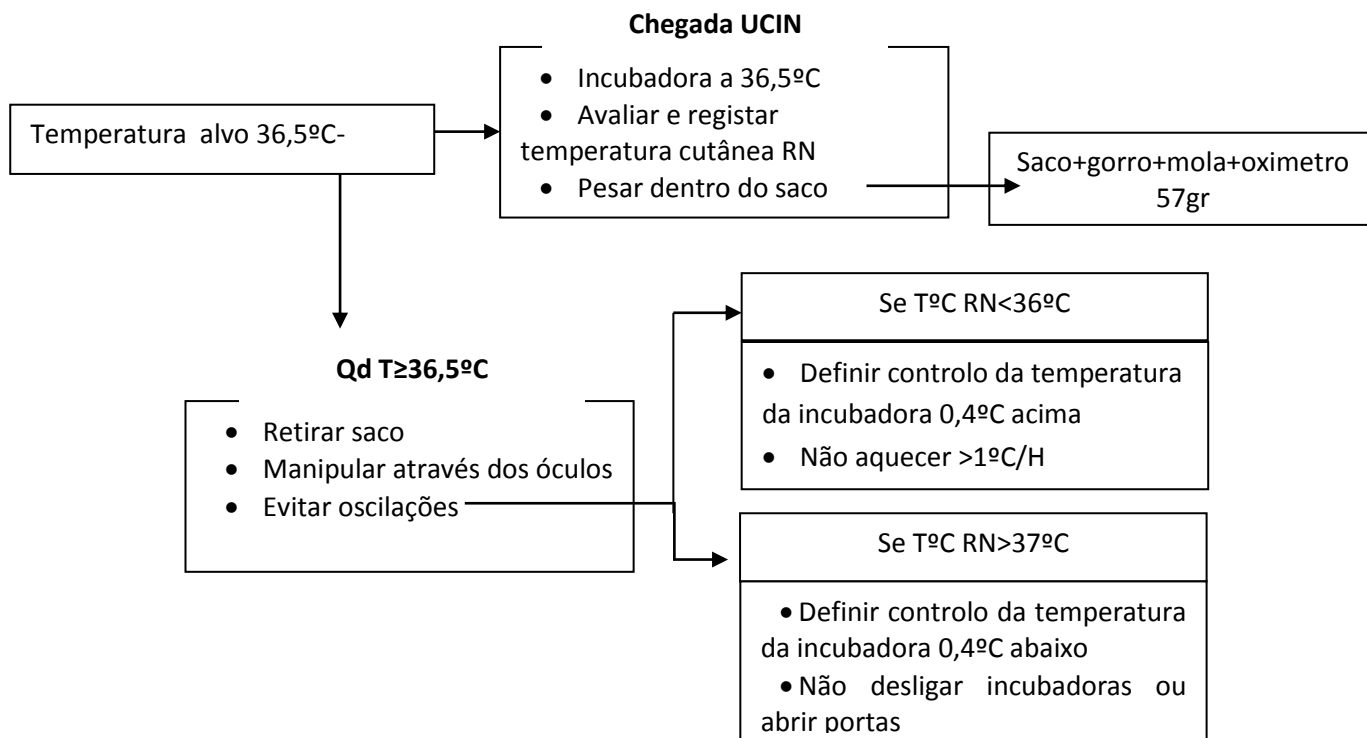
Colocar o RNMBP em saco de polietileno esterilizado logo após a sua extração, sem secagem prévia, procedendo-se à clampagem tardia do cordão umbilical (Procedimento X/XXXX) dentro do mesmo.

Receção do RNMBP pela equipa do BP e da Neonatologia, conforme procedimento Procedimento X/XXXX, incluindo:

- Aquecimento de todas as estruturas que entram em contacto com o RN, como o estetoscópio, flanelas e barretes;
- Cuidados imediatos prestados sob fonte de calor radiante, na potência máxima;
- Adaptação do barrete de IF (quando adequado) com a interface montada, procedendo-se a limpeza prévia da cabeça com flanela aquecida;
- Aquando de ventilação invasiva, o saco de polietileno deve cobrir toda a cabeça, deixando apenas a face exposta;
- Os procedimentos devem ser efetuados com a cabeça mantida na linha média.
- Durante o transporte para a UCIN, o RNMBP deve ser aquecido com lençol quente (mantido debaixo do calor radiante até ao momento do transporte)

À chegada à UCIN:

Todo o material deve encontrar-se preparado, com incubadora aquecida a 36,5°C, com humidade a 85%, e todos os materiais que contactam com o RN aquecidos. Os ventiladores de provável utilização devem estar montados e testados na unidade do RN;



O RNMBP, idealmente, deverá estar estabilizado na primeira hora de vida, com todos os procedimentos efetuados, ficando em repouso após este período;

O saco de polietileno é mantido até que o RNMBP atinja 36,5°C.

Durante a primeira semana de vida deverá respeitar-se a Manipulação Mínima

- Procedimentos invasivos prestados por pessoal experiente
- Agrupamento dos cuidados
- Pesas a D1; D4; D7
- Banho apenas a D7
- Avaliação de Comprimento e Perímetro Cefálico D3
- Protelar a realização de Ecografia Transfontanelar a partir de D3
- Ponderar realização de avaliações, intervenções e procedimento invasivos – realizar o mínimo/ indispensável.
- Movimentação em bloco
- Alinhamento cabeça à linha média
- Entre cada intervenção permitir reorganização do RN
- Contenção manual
- Posição preferencial nas primeiras 72h, em DD com cabeceira elevada a 30°
- Caso o RNMBP não tolere ou fique desconfortável, posicionar em DL em plano neutro
- Não posicionar em DV
- Não elevar os MInfs acima do nível da cabeça
- Canguru realizado em DL

Cuidados à pele e posicionamentos

- Após a primeira semana de vida, o banho do RNMBP deve ser programado de acordo com a individualidade de cada um, e favorecendo a participação dos pais, não devendo ultrapassar o banho de 4/4 dias quando o RN tem $\text{Peso} \leq 1000\text{gr}$; e 3/3 dias quando o $\text{Peso } 1000\text{-}15000\text{gr}$; e a cada 2 dias até às 2000gr.
- A humidade será gerida conforme procedimento próprio (PR n.ºX/XXXX);
- Em RN com $\text{IG} \leq 28$ semanas não se utilizam elétrodos para monitorização;
- Não deverão ser aplicados cremes na pele do RNMBP, à exceção de quando apresenta pele visivelmente seca, sendo aplicado emoliente adequado (PR n.ºX/XXXX);
- Utilizar vaselina líquida esterilizada para remoção de adesivos;
- Quando as incubadoras Giraffa® não estejam disponíveis, e caso se justifique, utilizar colchão de gel para minimizar o risco de desenvolvimento de zonas de pressão;
- RNMBP posicionado com alinhamento da cabeça à linha média, e com favorecimento de tónus flexor, através do uso de material adjuvante do posicionamento.

Prevenção de IACS

- Higienização das mãos, de acordo com o recomendado pela DGS
- Utilização de equipamentos de proteção individual sempre que adequado
- Ensino aos pais sobre a higienização das mãos e a utilização de equipamentos de proteção individual
- Cuidados à pele do RNMBP
- Manipulação de cateteres centrais com técnica asséptica
- Desinfecção da pele para procedimentos invasivos, de acordo com procedimento 5/2014
- Cumprimento das medidas definidas pela equipa da CCI.

Monitorização hemodinâmica

- Avaliar e registar parâmetros vitais horários, em caso de RN em ventilação invasiva, ou instabilidade hemodinâmica
- Avaliar e registar parâmetros vitais a cada 2 horas nos restantes RN;
- Monitorizar e registar balanço hídrico;
- Realização de gasimetrias arteriais e capilares, de modo criteriosos;

- A oxigenoterapia deve ser gerida com objetivo de administrar o valor mínimo de O₂ para a estabilidade do RNMBP em questão, de acordo com procedimento X/XXXX
- Evitar variações abruptas de CO₂, prevenindo a hiper e hipoventilação;
- Aspirar secreções apenas quando necessário (secreções visíveis no TET, alterações na auscultação; alterações na expansão torácica; retenção de CO₂; alterações nas curvas de monitorização do ventilador)
 - Pré oxigenar e esperar pela recuperação de SatpO₂ entre aspirações

Manutenção de estímulos

- Respeitar os períodos de sono e repouso do RN e proceder à gestão da luz e ruído, de acordo com Procedimento X/XXXX

Favorecer vinculação

- Efetuar visita à mãe após estabilização do RNMBP, acompanhado de fotografia, sempre que possível;
- Efetuar acolhimento do pai no serviço;
- Estimular a presença dos pais junto do RN;
- Favorecer a participação nos cuidados, sempre que oportuno;
- Realizar, precocemente, terapia mãe-canguru, conforme descrito no Procedimento 12/2016
- Ensinar os pais a estimularem, de modo adequado, o seu filho;
- Ensinar a identificação dos sinais emitidos pelo RN;
- Identificar, precocemente, sinais de stress por parte dos pais;
- Encaminhar, sempre que justificável, para outros elementos da equipa multidisciplinar.

5. Documentos Relacionados

Procedimentos

