



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

*“Um caminho . . . ”*

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por Luís Guilherme Miguel dos Reis

Sob orientação de Prof. Sarreira Santos

(LISBOA, Setembro de 2011)

“Aqueles que fazem o bem são os únicos que podem aspirar na vida a felicidade”.

Aristóteles

## Resumo

---

Este relatório pretende espelhar o trabalho efectuado nos dois módulos de estágio, integrados no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. De forma cronológica será realizado uma análise reflexiva sobre os objectivos e as estratégias definidas para a sua concretização, as competências adquiridas, como as creditadas pela experiência profissional.

O módulo I de estágio, onde “Tudo tem um início...”, realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olival – Cacém, na equipe de Saúde Materna, reflecte as intervenções de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. Sendo a depressão pós-parto uma patologia com uma elevada prevalência e responsável por alterações no funcionamento normal da vida da mãe e no desenvolvimento saudável da criança, a sua prevenção torna-se emergente e as intervenções de enfermagem imprescindíveis.

O módulo III de estágio, realizado na Clínica da Juventude pertencente a área de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, integrado no Centro Hospitalar Lisboa Central, focaliza as intervenções de enfermagem nos “Ecos da adolescência...”. O eco existente no núcleo familiar dos adolescentes com patologia psiquiátrica e/ou, o eco existente nos adolescentes pelas dificuldades de relação com o seu núcleo familiar, são realidades de elevada complexidade onde o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume um papel fundamental na resposta a estas situações problemáticas.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna, Adolescência.

## Abstract

---

This report aims to reflect the work developed on the two blocks of the trainee performed in the scope of the specialty of Mental Health Nursing and Psychiatry with an integrated Master. It will be done a reflexive analysis, in a chronologic manner, about the goals to achieve and the strategies defined to its conclusion as well as the acquired skills supported by the professional experience.

The first block of the trainee, where “Everything has a beginning.../ Tudo tem um início...”, performed at the Individual Health Care Unit of Olival – Cacém, with the team of Maternal Health, on the goals and intervention strategies of nursing in preventing post-delivery depression. Being post-delivery depression a pathology with a high relevance and responsible for the changes in the normal life of the mother and on the healthy growth of the child, preventing becomes emergent and nursing interventions become irreplaceable.

The third block of the trainee performed at the Youth Clinic, that is part of the paedopsychiatry of the Dona Estefânia Hospital at the Hospital Center of Central Lisbon focus on nursing interventions on the “Echos of teenagers/ Ecos da Adolescência...”. The existing echo at the family’s core with psychiatry pathology or the existing echo in teenagers due to difficulties of relationship with the family core are realities of an extreme complexity where the nurse specialist in Mental Health plays a key role in addressing such problematic situations.

Keywords: Mental Health Nursing and Psychiatry, Maternal Health, Adolescence.

## *Lista de Abreviaturas e Símbolos*

---

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

DPP – Depressão Pós-Parto

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EPDS - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

HDE – Hospital Dona Estefânia

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIDA - Unidade de Internamento de Doentes Agudos (internamento de mulheres) do DPSM

UVA – Unidade de Vida Apoiada

## Índice

---

0. Introdução.....	8
1. Modulo II – Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise do Adulto.....	10
1.1. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLO.....	10
1.2. Competências Creditadas.....	12
2. Modulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção.....	14
2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olival - Cacém.....	14
2.2. Enquadramento Conceptual.....	16
2.3. Projecto de Estágio – “ Tudo tem um inicio...”.....	21
2.3.1. Objectivos de Estágio – Análise de um Percurso .....	23
2.4. Reflexão Módulo I.....	32
3. Modulo III – Pedopsiquiatria .....	34
3.1. Clínica da Juventude.....	34
3.2. Enquadramento Conceptual.....	36
3.3. Projecto de Estágio – “ Ecos na Adolescência...”.....	41
3.3.1. Objectivos de Estágio – Análise de um Percurso .....	42
3.4. Reflexão Módulo III .....	49
4. Reflexão Final.....	51
5. Conclusão.....	55
6. Bibliografia.....	57
ANEXO I.....	62
FOLHETO INFORMATIVO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	62
ANEXO II.....	64
POSTER INFORMATIVO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO .....	64
ANEXO III.....	66
QUESTIONÁRIO PARA AS MÃES.....	66
ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO .....	66

<i>ANEXO IV.....</i>	<i>72</i>
<i>MODELO DE ENTREVISTA PÓS NATAL .....</i>	<i>72</i>
<i>ANEXO V.....</i>	<i>80</i>
<i>GUIA DE OBSERVAÇÃO DE INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ .....</i>	<i>80</i>
<i>ANEXO VI.....</i>	<i>85</i>
<i>FOLHA DE REGISTOS DE ENFERMAGEM .....</i>	<i>85</i>
<i>ANEXO VII.....</i>	<i>87</i>
<i>SESSÃO DE ESCLARECIMENTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UCSP E UCC - OLIVAL- CACÉM.....</i>	<i>87</i>
<i>ANEXO VIII.....</i>	<i>102</i>
<i>REFLEXÃO SEMANAL MÓDULO I .....</i>	<i>102</i>
<i>ANEXO IX.....</i>	<i>113</i>
<i>REFLEXÃO SEMANAL MÓDULO III .....</i>	<i>113</i>
<i>ANEXO X.....</i>	<i>128</i>
<i>FICHA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO .....</i>	<i>128</i>
<i>ANEXO XI.....</i>	<i>135</i>
<i>PROJECTO DE UMA ACTIVIDADE REALIZADA NUM GRUPO TERAPÊUTICO .....</i>	<i>135</i>

## 0. Introdução

---

No âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi proposto a elaboração de um relatório final. Este relatório pretende espelhar o trabalho realizado em ambos os módulos de estágio, os objectivos e as estratégias definidas para a sua concretização, assim como as competências adquiridas após este longo caminho percorrido. Pretendo reflectir sobre as várias etapas do percurso e o seu contributo para o meu crescimento pessoal e profissional.

As competências adquirem-se não só pela exploração de conceitos teóricos, mas também, pela articulação desses conceitos com o desenvolvimento de capacidades práticas de intervenção. Este curso tem uma componente teórica, onde se adquire, orienta e complementa o conhecimento, e uma componente prática onde se põe à prova os conhecimentos adquiridos e se constroem competências especializadas.

O estágio a realizar no contexto do curso está dividido em três módulos, num total de 560H divididos em 180H por módulo. O módulo I, onde “Tudo tem um início...”, foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olival – Cacém de 19 de Abril de 2010 a 19 de Junho de 2010 e reflecte as intervenções de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto, no âmbito da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção. Sendo a depressão pós-parto uma realidade inquestionável na nossa sociedade, a sua prevenção constitui uma missão inevitável para os enfermeiros.

O módulo II foi creditado pela minha experiência profissional de 11 anos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLO. Neste módulo pretende-se o desenvolvimento de competências de intervenção na crise do adulto.

O módulo III, realizado na Clínica da Juventude de 27 de Setembro de 2010 a 17 de Dezembro de 2010, incide as intervenções de enfermagem nos “Ecos da adolescência...”, nas consequências patológicas dos episódios de crise inerentes a esta fase do ciclo vital, onde as intervenções de enfermagem assumem um papel relevante na sua resolução. Sendo de área opcional, escolhi a pedopsiquiatria pela vontade e necessidade de aprofundar e estruturar o conhecimento e a prática neste grupo alvo de cuidados.

Este relatório foi elaborado com uma metodologia descritiva, reflexiva e analítica. Tem assim como finalidade fazer uma análise dos objectivos definidos nos projectos de estágio e as estratégias definidas para a sua concretização; demonstrar a pertinência da concretização dos objectivos definidos; analisar, reflectir e fundamentar as estratégias delineadas; demonstrar as competências adquiridas e creditadas em cada um dos módulos de estágio; reflectir sobre a *praxis* e o desenvolvimento pessoal e profissional resultante da realização deste estágio.

O relatório encontra-se organizado de forma cronológica, num primeiro instante descrevo a minha experiência profissional e as competências adquiridas, responsáveis pela creditação do

segundo módulo de estágio. Num segundo momento, apresento uma análise reflexiva referente à realização do primeiro e terceiro módulos de estágio e, por fim, termino com uma reflexão final. Na realização deste relatório foi utilizada a Norma Portuguesa de Apresentação de Trabalhos Escritos (405-1).

## **1. Modulo II – Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise do Adulto**

---

### **1.1. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLO**

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental está integrado no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, que compreende a fusão de três unidades hospitalares, o Hospital de Egas Moniz, o Hospital de Santa Cruz e o Hospital de São Francisco Xavier.

O edifício, cujas origens se desconhecem, julga-se ter sido construído no século XVIII e que terá sido, pelo menos nos últimos 100 anos, e até aproximadamente 1970, um Sanatório para doentes do foro pulmonar.

Em 1976, na sequência do abandono das instalações e perante a deterioração de algumas das enfermarias, o Hospital Miguel Bombarda decidiu ocupar o espaço que existe actualmente, dando-lhe então a designação de Anexo da Ajuda do Hospital Miguel Bombarda, designação essa que se manteve durante mais de 10 anos.

Nessa altura, foram transferidos para essa unidade 130 doentes de evolução prolongada, todos do sexo masculino, provenientes da quinta e sexta enfermarias. O referido Anexo dependia tanto administrativa como logisticamente do Hospital Miguel Bombarda.

Em 1986 é transferida a quarta enfermaria de mulheres, marcando o início da existência de um serviço de doentes agudos no Anexo.

Entre 1986 e 1989 foi feita a separação física dos doentes de evolução prolongada, que ficaram no serviço do R/C (Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada), dos doentes agudos que ficaram no primeiro andar (Unidade de Internamento de Doentes Agudos), sendo ambos estes serviços mistos.

Em 1990, ao abrigo do Decreto-Lei 46102 de 23 de Dezembro de 1964, o Anexo da Ajuda do Hospital Miguel Bombarda deixa de existir, passando a designar-se por Centro de Saúde Mental Lisboa/Oeiras.

Dois anos depois, em 1992, a nova legislação – Portaria nº750/92 de 1 de Agosto – integra o então Centro de Saúde Mental Lisboa/Oeiras no Hospital de São Francisco Xavier, com a designação de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Em 1999, a unidade de internamento do R/C tornou-se num serviço de internamento de doentes do sexo feminino em fase aguda, com uma lotação de 22 camas, e a unidade de internamento do primeiro andar, num serviço de internamento de doentes do sexo masculino em fase aguda, também com uma lotação de 22 camas. Os doentes de evolução prolongada, foram colocados em residências construídas nos terrenos do Departamento, dando origem à Unidade de Vida Apoiada, com uma dotação de 18 camas.

Em 2005 foi criado o CHLO do qual integra o DPSM. Compreende a UIDA R/C e primeiro andar, a UVA, cinco Equipas Comunitárias, Hospital de Dia, uma Equipa de Psiquiatria de Ligação e uma Equipa de Pedopsiquiatria.

A equipa multi-profissional é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e assistentes operacionais.

## 1.2. Competências Creditadas

Exerci funções na UIDA r/c e na UVA do DPSM do CHLO cerca de onze anos. Durante este período tive a oportunidade de cuidar do doente mental em crise, desenvolvendo competências de intervenção especializada.

Segundo TAYLOR (1992) a intervenção na crise no adulto, consiste na estratégia utilizada para auxiliar os indivíduos e suas famílias a compreender e a lidar com as diversas emoções que caracterizam o estado de crise, tendo por objectivo, ajudar o indivíduo a encontrar novos mecanismos adaptativos no seu contexto social.

BENNER (2001, p.33) afirma que “ O conhecimento prático adquire-se com o tempo ”. A experiência prática permitiu-me adquirir capacidades e competências de observação de sinais e sintomas de doença, e a sua relação com o diagnóstico e tratamento, atitudes e comportamentos dos doentes, no seu estar ou ser, consigo próprio ou com os outros. Aprendi a controlar e a lidar com a angústia, com a agressividade, com os conflitos, e a forma mais adequada de manter o ambiente terapêutico.

Penso ter adquirido uma maior sensibilidade na observação de comportamentos desviantes da normalidade, associados aos estados de crise, em contexto de patologias diversas e específicas.

Tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre os diferentes fármacos e a sua relação com o tratamento da doença ou simplesmente no controlo dos sintomas associados à fase de descompensação da mesma.

Foram várias as actividades que ao longo destes anos me proporcionaram momentos de aprendizagem prática, responsáveis pelas competências que me foram creditadas:

- No acolhimento ao doente e à família, onde se inicia a relação terapêutica. Observa-se e colhe-se toda a informação importante sobre a patologia, as relações familiares, conjugais, laborais, o início da descompensação da doença ou início da sintomatologia, avaliando-se alterações do humor, da percepção, do comportamento, apurando-se crítica para o patológico, doença ou o sucedido;
- Na prestação de cuidados directos em resposta às necessidades da vida diária;
- Na administração da medicação prescrita, observando-se a reacção do doente à toma e aceitação da mesma;
- Na avaliação realizada ao longo do internamento, no que respeita à resposta do doente às intervenções terapêuticas e aos fármacos administrados, prestando atenção aos efeitos secundários, bem como à remissão dos sinais e sintomas iniciais;
- Na observação do doente em interacção com o meio envolvente, consigo mesmo e com os outros, realizando-se entrevistas de enfermagem observando e apurando desorganização do comportamento e/ou do pensamento;
- Nas entrevistas de ajuda realizadas aos familiares;

- Na realização de reuniões semanais com os doentes, observando e avaliando as relações em grupo;
- Na realização de reuniões semanais multidisciplinares, onde se transmite e partilha conhecimentos e informações sobre os doentes internados e se define o projecto terapêutico, para se atingir o estado de saúde ou compensação da doença;
- Na passagem de turno, onde se transmite toda a informação necessária e pertinente para uma continuidade de cuidados.

Como enfermeiro prestador de cuidados de enfermagem psiquiátrica, utilizei o processo de enfermagem como ferramenta de suporte, defendido por ORLANDO (1962), assim como as entrevistas de ajuda de enfermagem como estratégia de actuação, defendido por PHANEUF (2005) e CHALLIFOUR (2009).

Para BENNER (2001, p.33), o saber e o saber fazer pode ser desenvolvido e melhorado. Foi com base neste contexto que me decidi especializar nesta área de intervenção, não só para alicerçar em termos teóricos o conhecimento prático já adquirido, como ter a oportunidade de desenvolver novas capacidades e competências de intervenção em outras áreas desconhecidas para mim.

Tendo por base as competências de referência da Universidade Católica Portuguesa para esta especialização, a experiência profissional nesta área de intervenção permitiu adquirir competências especializadas na integração de novos profissionais; na identificação das minhas necessidades formativas; na gestão dos cuidados de enfermagem; na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; no zelar pelos cuidados prestados; na supervisão do exercício profissional; na toma de iniciativas e criatividade na interpretação e resolução de problemas; na liderança de equipas de prestação de cuidados; na capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; na capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; na avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas; na reflexão e sobre a minha prática, de forma crítica.

## **2. Modulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção.**

---

### **2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olival - Cacém**

Com a reconfiguração dos Centros de Saúde, no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários, o Centro de Saúde do Cacém ficou integrado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Grande Lisboa X: Cacém-Queluz.

Caracteriza-se pela existência de várias equipas multiprofissionais integradas nas diversas unidades funcionais, designadamente, nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Aqualva e do Olival, nas Unidades de Saúde Familiar (USF) de S.Marcos e de Mira Sintra e, futuramente, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC Cacem-Care).

O ACES X Cacem abrange a área geográfica das freguesias de Aqualva, Cacém, Mira-Sintra e S.Marcos, num total de 102 446 utentes sendo que, destes, 49 787 estão inscritos na UCSP Olival.

A comunidade que procura os cuidados do Centro de Saúde é, predominantemente, de classe social média-baixa e de raça caucasiana, havendo um aumento significativo de procura de cuidados por parte de indivíduos provenientes dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), de países da Europa de Leste, do Brasil e de indivíduos de etnia cigana. Devido às características do crescimento geodemográfico e habitacionais desta cidade, os grupos populacionais que mais recorrem ao Centro de Saúde são as crianças, mulheres em idade fértil, grávidas e idosos.

Inclui-se na sua área de intervenção um bairro camarário, com uma pequena zona de realojamento, uma zona com habitações e acessos degradados (correspondente à zona de fronteira com a freguesia de Algueirão – Mem-Martins) e a restante área abrangida é tipicamente habitacional (prédios e moradias), com saneamento básico.

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olival, os cuidados prestam-se em espaços físicos distintos e organizados por módulos. Assim, a equipa de enfermagem está organizada por Programas de Saúde onde se prestam todos os cuidados ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, nas seguintes áreas: Saúde Infantil, Vacinação, Saúde Escolar, Saúde Materna, Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, consultas de doenças crónicas (Diabetes Mellitus/Hipertensão), consultas tabagismo, Tratamentos e Cuidados Continuados.

Está também disponível o serviço CATUS, que funciona como retaguarda do Hospital Fernando da Fonseca, podendo servir de triagem à unidade de cuidados diferenciados.

A enfermagem está directamente implicada no processo de promoção de saúde e prevenção da doença em todas as actividades que desenvolve, evidenciando-se as de educação para a saúde a pessoa, família e grupos, no Centro de Saúde e na comunidade. A sua prática deverá ser paralela com a dos outros técnicos de saúde, desde o início da sua actuação. Esta acção

conjunta visa conseguir a participação activa e directa de todos os intervenientes (indivíduo/família/grupo e profissionais de saúde), no sentido de alcançar a autonomia da população na gestão da sua saúde e a concretização do potencial de saúde máximo, principalmente, através da alteração de hábitos de saúde existentes ou a adopção de estilos de vida saudáveis.

Relativamente aos recursos humanos, da Unidade de Cuidados Personalizados do Olival, existem um total de 17 médicos, 18 enfermeiros, 1 psicóloga, 1 assistente social, 16 administrativos, 2 assistentes operacionais, 1 motorista, 1 telefonista e 1 operadora de *call center* para marcação de consultas.

## 2.2. Enquadramento Conceptual

“Promover a saúde mental é potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade” (CEPEDA; BRITO; HEITOR, 2006, p.4).

Na nossa sociedade os profissionais de saúde devem actuar com base nestes princípios, sendo esta uma realidade cada vez mais premente e necessária. A “ saúde mental é um componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano “ (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.28).

Promover a saúde mental e prevenir a doença mental em todo o ciclo de vida da pessoa, devem ser os principais focos de atenção e preocupação para a intervenção de todos os profissionais de saúde. Neste âmbito, os profissionais de enfermagem deverão agir em conformidade com as necessidades da população, nas respostas necessárias ao nível da promoção e da prevenção.

O puerpério, “ período caracterizado pelos três primeiros meses após o parto “ (BORSA; FEIL; PANIÀGUA, 2007, p.3), é uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher (SILVA & BOTTI, 2005, p.231). É um período crítico e de transição na vida das mulheres. Um período complexo, conferido pelo entrelaçamento de aspectos de vária ordem, biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, socioculturais, económicos e de género (CABRAL & OLIVEIRA, 2008, p.1). Logo, uma fase de risco elevado para o aparecimento de transtornos psiquiátricos comparativamente a outras fases do ciclo de vida (SILVA & BOTTI 2005, p.231,232).

Perante todos estes factores, as mulheres encontram-se mais vulneráveis, enfrentando dificuldades de ajustamento e adaptação às mudanças decorrentes deste período, que conduzem a alterações emocionais com repercussões importantes na sua saúde mental, levando a processos de não-saúde, como a Depressão Pós-Parto (CABRAL & OLIVEIRA, 2008, p.1).

“A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma patologia do humor que afecta tanto a saúde da mãe, como o desenvolvimento do seu filho e tem um impacto negativo ao nível sócio-familiar” (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.19), é um episódio depressivo major que se desenvolve no período pós natal (SOUSA, 2006, p.10). Pode ter origem na combinação de factores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais (BOTELHO & TAVARES 2009, p.20), “ dificilmente controláveis que actuam de forma implacável no seu surgimento ” (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA & GENESTRA, 2003, p.441).

A depressão no seu âmbito geral “ é considerada, atualmente, a quinta causa de morbilidade entre todas as doenças no mundo (...). Na faixa etária de 15 a 44 anos, a depressão já

configura como a segunda causa de morbilidade (...) de acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001)” (BRUM & SCHERMANN, 2006, p.151).

LINTNER & GRAV citados por BOTELHO & TAVARES (2009, p.20) referem que a depressão puerperal afecta a qualidade de vida das mães e o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico do recém-nascido.

De acordo com o DSM IV (2002) os sintomas da Depressão Pós-Parto são os mesmos da Depressão Major e surgem habitualmente a partir das quatro primeiras semanas após o parto. Segundo o CID10 estes sintomas surgem a partir das seis semanas após o parto (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007, p.7).

FIGUEIREDO citado por SOUSA (2006, p.10) refere que a DPP desenvolve-se, essencialmente, em torno das potencialidades e capacidades da mãe no desempenho das suas funções de *maternage*. As mães experimentam um conjunto de emoções após o parto, que conduzem a sensações de incapacidade de cuidarem dos seus filhos e a sentimentos de culpa relativamente ao seu nascimento, pondo em causa o seu desempenho no papel de mãe (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.26).

A Depressão Pós-parto sendo “ um tema presente na discussão de ordem mundial ” (GUALDA; SANTOS JUNIOR; SILVEIRA, 2009, p.523) é também considerada um problema de saúde pública, uma vez que não é só debilitante para a mulher, mas também para o recém-nascido, outros filhos, companheiros e todas as pessoas com quem a mulher se relaciona (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.26).

É uma patologia que atinge cerca de uma em cada sete mulheres (CEPEDA; BRITO; HEITOR, 2006, p.14), e que se pode estender por um período de seis meses a um ano (FRIZZO & PICCININI, 2005, p.48) podendo, até mesmo, persistir por mais de um ano (BRUM & SHERMANN, 2006, p.152).

A Depressão Pós-Parto não deverá ser confundida com o Blues Pós-Parto, “ um síndrome afectivo ligeiro que se manifesta em 39 a 85% das mulheres que dão à luz, e que ocorre entre o 3º dia, podendo estender-se, eventualmente, até à segunda semana do período pós parto ” (SOUSA, 2006, p. 11), que se manifesta por sintomas bastante semelhantes aos da DPP mas de forma menos intensa. Este é considerado, por alguns autores, um período normal de ajustamento à maternidade e paternidade, um período transitório de instabilidade emocional. CATÃO citado por BRUM & SHERMANN (2006, p.152) refere que destas mulheres, cerca de “ 15 a 20% desenvolverão em seguida a depressão pós-materna propriamente dita, a qual pode estabelecer-se com uma intensidade leve, moderada ou severa ”.

O tratamento da depressão pós-parto, com base em vários autores, poderá ser farmacológico, psicológico e de aconselhamento, dependendo das necessidades da puérpera. Tratamento farmacológico, com antidepressivos; psicológico, como terapia cognitiva, cognitiva - comportamental ou terapia relacional mãe - filho; e de aconselhamento às puérperas na identificação dos problemas e ajuda à resolução dos mesmos.

Existem factores de risco e de vulnerabilidade que poderão aumentar a probabilidade de DPP ainda no período da gravidez, nomeadamente: depressão prévia à gravidez, situações de conflito conjugal, o nascimento de recém-nascidos de pré-termo, a perda de um dos progenitores, separação na gravidez, conflitos com as próprias mães, desemprego, problemas financeiros ou de habitação, pressões culturais ou religiosas, ausência de suporte social, circunstâncias negativas relacionadas com o bebé (SOUSA, 2006, p.11), outros antecedentes psiquiátricos na mulher, alterações hormonais, factores obstétricos e ginecológicos (como complicações durante a gestação e o parto), baixas condições socioeconómicas, não-aceitação da gravidez (BRUM & SHERMANN, 2006, p.152), morte de um familiar próximo, história de interrupções in/ ou voluntárias da gravidez, morte *in* útero, violência doméstica, isolamento social da grávida, pais adolescentes, relações perturbadas com a família de origem (BRITO, 2009, p.601).

As consequências da depressão pós-parto poderão ser várias, afectando o sistema familiar, o bem-estar da mãe, prejudicando de uma forma geral as suas capacidades de mulher como esposa, mãe e profissional (SOUSA, 2006, p.11), como também, o desenvolvimento e educação saudáveis da criança. As consequências mais graves são o suicídio materno e o infanticídio.

RADKE-YARROW (1998) citado por BRUM & SHERMANN (2006, p.152) afirma que “ o comportamento de mães deprimidas tende a influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a depressão materna pode afectar profunda e amplamente a vida das crianças, influenciando notavelmente na natureza, frequência e recorrência de desordens infantis e gerando consequências adversas através da infância até o limiar da idade adulta ”.

“ A qualidade na interacção é essencial para um desenvolvimento harmonioso do bebé ” (APOSTOLO, 1999). O estado depressivo da mãe acarreta graves repercussões ao nível das primeiras interacções com o bebé, ou seja, na vinculação inicial da diade, uma vez que o comportamento da mãe não é de todo interactivo, o que resulta em estímulos inadequados e deficitários (SOUSA, 2006, p.11).

As relações iniciais entre as crianças e os cuidadores são modelos de futuras relações. As famílias tendem a ser menos coesas e menos adaptativas, mostrando menos envolvimento do que famílias onde nenhum dos progenitores apresenta depressão (FRIZZO & PICCININI, 2005, p.47).

As consequências do *deficit* de interacção e estimulação da criança, por parte de uma mãe deprimida, poderão passar pelo “simples” desinteresse desta na exploração do mundo exterior, e em alterações de comportamento, afectivas, cognitivas e sociais, assim como alterações da actividade cerebral (BRUM & SHERMANN, 2006, p.152), ao longo do ciclo vital.

“Segundo Barbosa, Maus, Lima, Zimerman e Lima (2003), apesar da sua considerável incidência, este transtorno é frequentemente ignorado ” (BORSA; FEIL & PANIÁGUA, 2007, p.1) pela maioria dos profissionais de saúde, no âmbito da prevenção, comparativamente com outros que podem aparecer no período pré e pós-natal, como é o caso da diabetes e a

hipertensão arterial (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.26). O facto de ser uma patologia do foro psiquiátrico e do estigma social associado a este contexto, poderá constituir uma das causas que, de alguma forma, contribui para a desvalorizar.

Perante isto, torna-se urgente a actuação dos profissionais de saúde no âmbito da prevenção e tratamento precoce desta patologia, favorecendo o estado de saúde e qualidade de vida da mãe, como também, prevenindo as consequências nefastas ao nível do desenvolvimento e educação do filho, preservando um bom nível de relacionamento conjugal e familiar (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA & GENESTRA, 2003, p.446).

Uma vez que os últimos dados, relativamente a depressão pós-parto, evidenciam o seu aumento nos próximos tempos, quanto mais precocemente ocorrer a percepção dos sintomas depressivos e consequente procura de ajuda qualificada, mais rapidamente se evita o isolamento da mulher e os impactos na interacção com o bebé, pai e familiares. Os médicos e os enfermeiros são os profissionais que se encontram numa posição mais favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento da depressão puerperal (GUALDA; SANTOS JUNIOR & SILVEIRA, 2008, p.517 e 523).

Logo, o principal desafio que se coloca aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular, é o estar atento, detectar precocemente a DPP e intervir no sentido de prevenir o seu desenvolvimento (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.26).

“Uma vez que os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, os enfermeiros devem, como refere a Ordem dos Enfermeiros Portugueses, procurar ao longo de todo o ciclo vital, entre outros aspectos, prevenir a doença e promover os processos de readaptação “ (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.27).

Sendo a DPP um campo aberto e amplo a ser explorado pelos enfermeiros (GUALDA; SANTOS JUNIOR & SILVEIRA, 2008, p.522), torna-se essencial o delinear de estratégias de intervenção, de prevenção, de acompanhamento e de encaminhamento (SOUSA, 2006, p. 12).

A Direcção Geral de Saúde alerta para a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, tanto ao nível do período pré-natal como no período pós-natal. A prevalência de depressão pós-parto é de 12% a 16% enquanto a depressão na gravidez é de 8% a 10% (CEPEDA; BRITO & HEITOR 2006, p.14 e 44). Sendo ambas as áreas pouco exploradas, torna-se importante actuar onde o risco é maior.

“A prevenção precoce, por meio de acções e intervenções integradas que tenham em conta as variáveis associadas à depressão, pode impedir as mães de desenvolverem DPP e pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. O (...) desenvolvimento de medidas efectivas para a prevenção desta patologia é a melhor política de saúde pública para a redução da sua incidência ” (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.28).

Torna-se, assim, importante intervir no âmbito da detecção precoce da sintomatologia depressiva e agir no sentido da redução de probabilidade de contrair a doença.

Neste sentido, SANTOS JUNIOR, SILVEIRA & GUALDA (2008, p.523) defendem, que “ é fundamental que se tenha em mente a importância da atenção precoce na DPP, tendo em vista

a possibilidade de intervenções profissionais que proporcionem às puérperas o apoio de que necessitam para enfrentar os desafios de ser mãe, sem perder sua identidade, inserção social, relação parental, entre tantos “.

Neste contexto, o enfermeiro tem um papel fundamental não só ao nível da detecção precoce dos sinais e sintomas, como ao nível das intervenções para reduzir a probabilidade de patologia.

Promover a saúde mental, prevenir a doença mental, reduzir a probabilidade de DPP, vai de encontro com as directivas da Direcção Geral de Saúde, do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, como no âmbito da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, visando a obtenção de ganhos em saúde.

### **2.3. Projecto de Estágio – “Tudo tem um início...”**

Gostaria de realizar um estágio “que fizesse sentido”, que focalizasse as estratégias de intervenção numa necessidade real identificada e que proporcionasse um acréscimo na qualidade de vida das pessoas, ou seja, na obtenção de ganhos em saúde para a população. Pretendia vivenciar momentos importantes de aprendizagem, responsáveis pelo meu desenvolvimento pessoal e profissional, explorar as potencialidades da profissão e realizar um projecto de intervenção especializado que fosse pioneiro, inovador e que permanecesse implementado após a finalização do estágio.

Antes do início deste módulo de estágio, marquei um primeiro encontro com a coordenadora da UCSP, para podermos identificar as necessidades de saúde mental da população abrangida e as estratégias de intervenção que poderiam ser instituídas. Identificámos a Depressão Pós-parto a área problemática e a sua prevenção o foco de intervenção.

Senti que este projecto não só iria de encontro às necessidades da população, mas também às minhas necessidades de aprendizagem e interesse pessoal em fazer algo por este grupo alvo de cuidados. A DPP sempre foi uma temática que me interessou desde a altura em que trabalhava no serviço de internamento de doentes agudos, sempre me questioneei sobre “quando é que tudo poderá começar?” Tal como a vida, a doença/perturbação mental poderá ter o seu início quando nascemos, no processo de vinculação estabelecido com os progenitores. E foi com base nesta teoria que achei que fazia todo o sentido realizar algo que pudesse prevenir o seu início.

A coordenadora ficou bastante interessada na concretização deste projecto, pela sua actual pertinência e possibilidade de poder ser continuado na futura UCC, a qual iria coordenar.

O artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros é constituído por três alíneas:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido,
- b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados,
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Baseado no Código Deontológico, nas directivas da Direcção Geral de Saúde e na fundamentação teórica da importância das intervenções de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto, idealizei um esboço de projecto que poderia ser desenvolvido e implementado.

Por não haver Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na UCSP para me orientar, sabia que, a realização deste estágio iria ser um desafio. Iria ter de utilizar os conhecimentos e competências adquiridas pela experiência profissional em psiquiatria e articula-los com toda a informação a sabedoria transmitida pela orientadora, perita em saúde materna.

Independentemente de querer olhar para algo mais do que para mim próprio, e tendo em conta que a realização deste estágio foi em âmbito académico e não profissional, os objectivos foram definidos ao encontro das minhas necessidades de aprendizagem e desenvolvimento.

### 2.3.1. Objectivos de Estágio – Análise de um Percurso

#### Objectivo Geral

Desenvolver Competências de Intervenção Especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a Grávidas e Puérperas.

Penso que este objectivo, de uma maneira geral, foi atingido. Não só pela concretização do objectivo específico delineado, como também, pelos resultados obtidos das estratégias realizadas.

Para a concretização deste objectivo, foi idealizado à medida que o estágio foi decorrendo, um projecto de intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção da DPP.

O projecto passaria por uma actuação inicial nas consultas de puerpério, por ser esta a altura em que se poderão manifestar os primeiros sinais e sintomas de perturbação, realizando um rastreio inicial para identificação de situações de risco de depressão pós-parto. Rastreio esse efectuado com base na aplicação de uma escala internacional, validada e traduzida para Portugal em 2006 e aconselhada pela DGS, conhecida por Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Posteriormente, com os resultados obtidos a partir da aplicação da escala, identificar as situações de risco e intervir ao nível de entrevistas de ajuda de enfermagem, no sentido de, com essas intervenções, reduzir a probabilidade de depressão pós-parto.

Para conseguir implementar o projecto de intervenção e concretizar os objectivos definidos, comecei por me integrar devidamente na equipa de trabalho na área da saúde materna bem como na restante equipa multiprofissional da UCSP. Conheci a estrutura física da UCSP e a forma como está organizada em relação às respostas perante as necessidades da população, o manual de integração da instituição, assim como as normas e procedimentos da mesma.

Realizei algumas reuniões formais e informais com a Enf.<sup>a</sup> orientadora, com a Enf.<sup>a</sup> coordenadora da instituição, e com outros profissionais da UCSP. Estabeleci uma relação de parceria profissional com os diferentes intervenientes da equipa multidisciplinar. Observei a dinâmica de trabalho dos vários intervenientes da equipa de saúde, nomeadamente dos enfermeiros e a forma como dão resposta às necessidades de saúde dos utentes.

O projecto que apresentei foi discutido, no âmbito da sua pertinência nos cuidados de saúde à população, com a enfermeira coordenadora e a enfermeira responsável pela saúde materna, a enfermeira que me iria orientar no estágio. Ambas mostraram disponibilidade e interesse no projecto, confirmando a importância da sua implementação, uma vez que, por constituir uma área ainda não explorada nesta unidade de saúde, seria uma mais-valia a sua concretização.

Senti que este projecto, mais do que uma resposta a objectivos académicos, iria ter uma utilidade prática, ser importante do ponto de vista profissional e na obtenção de ganhos em saúde para a população.

## Objectivo Específico

### Identificar Necessidades, Estabelecer Diagnósticos, Planear, Desenvolver e Avaliar Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a Grávidas e Puérperas.

Este objectivo foi definido com base no processo de enfermagem defendido por Ilda Orlando, “um modelo metodológico para o cuidado profissional de enfermagem”, que “pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter- relacionadas para sua realização, ou seja, (...) a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área” (GARCIA & NOBREGA, 2009, p.188). Conhecido como “a *essência* da prática da Enfermagem”, o Processo de Enfermagem deve “ser compreendido como um *meio* e não como o *fim* em si mesmo” (GARCIA & NOBREGA, 2009, p.189 e 191). A sua aplicação “pode acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade e o reconhecimento profissional e representar uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional” (GARCIA & NOBREGA, 2009, p.192).

Por ser um estágio realizado em que o *core* é o cuidar no âmbito das relações interpessoais estabelecidas entre o enfermeiro, as grávidas e as puérperas, os objectivos foram articulados com base nas quatro fases do processo interpessoal de Hildegard Peplau.

A fase de *Orientação* onde o enfermeiro “ajuda o cliente a reconhecer e entender o seu problema, e juntos determinam sua necessidade” (MACÊDO *et al*, 2006, p.80), corresponde à fase da realização do levantamento dos dados no processo de enfermagem. A fase da *Identificação* onde o enfermeiro “permite a exploração de sentimentos para ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fortalece a satisfação necessária” (HAWK, 2004, p.426), corresponde à fase de identificação dos diagnósticos no processo de enfermagem. A fase de *Exploração* onde “o enfermeiro ajuda o cliente na exploração de todos os caminhos da saúde” (MACÊDO *et al*, 2006, p.80) corresponde à fase do planeamento das metas, dos objectivos e das intervenções no processo de enfermagem. A última etapa do processo interpessoal é a fase de *Resolução* onde “as necessidades do cliente são satisfeitas através dos esforços cooperativos de si próprio e do enfermeiro ” (MACÊDO *et al*, 2006, p.80), ou seja, a fase de avaliação do processo de enfermagem.

Para dar resposta aos objectivos, comecei ainda antes do início do estágio, a realizar pesquisa bibliográfica na área da saúde mental e psiquiátrica no período da gravidez e pós-parto, mais concretamente no âmbito da depressão pós-parto, área de eleição, definida como prioritária, para a realização deste estágio. Realizei uma profunda fundamentação teórica sobre o tema, como também, um estudo das estratégias mais adequadas de intervenção no âmbito psico-educativo e psico-terapêutico, neste grupo alvo de cuidados.

Durante os primeiros dias de estágio fui observando atentamente a enfermeira orientadora na realização das consultas de saúde materna (gravidez e puerpério). Após algumas consultas definimos estratégias de intervenção ajustadas às competências profissionais de cada um e aos objectivos de estágio. Definimos que a enfermeira faria as consultas de saúde materna e eu interviria no âmbito da saúde mental e psiquiátrica. Numa primeira fase fizemos as consultas em conjunto e posteriormente achámos que seria mais adequado a enfermeira realizar a consulta de saúde materna e depois eu realizar a consulta de saúde mental. Nesta última, onde punha em prática o processo de enfermagem dando resposta às necessidades identificadas onde aplicaria a escala de diagnóstico de DPP para posterior análise e intervenção.

Definimos que, independentemente das intervenções se focalizarem no período do puerpério, não iríamos desvalorizar qualquer intervenção no período da gravidez, onde existem factores de risco elevado catalisadores de futuros processos depressivos.

As consultas de saúde mental foram realizadas em âmbito psico-educativo no contexto de ensino e educação para a saúde e em âmbito psico-terapêutico no contexto de acompanhamento das situações de risco identificadas.

Sendo as intervenções psico-educativas mais do que uma “simples transmissão de informações técnicas”, consistem no “estabelecimento de um fluxo de informações” bidireccional que “visam minimizar as consequências negativas do processo de estresse, otimizando o uso de recursos psicológicos e interpessoais” das puérperas. (DORNELLES, 2010, p.40).

“Investigações realizadas por Nahas et al (1999) citados por Heh e Fu (2003) revelaram que o conhecimento insuficiente é uma das características que as mulheres com depressão pós-parto apresentam” (SOUSA, 2006, p.12).

“Um estudo realizado por Heh e Fu (2003) revelou que as mulheres que receberam informação de apoio sobre a depressão pós-parto 6 semanas após o parto, apresentaram níveis mais baixos de depressão aos 3 meses após o parto, do que as mulheres que não receberam informação” (SOUSA, 2006, p.11)

Assim, torna-se importante a implementação de estratégias de informação às puérperas relativamente a depressão pós-parto, no seu âmbito geral, que poderá ser facultado através de folhetos de informação e de cartazes informativos estrategicamente colocados. Informação essa, que irá facilitar a aproximação entre as puérperas e os profissionais e, conseqüentemente, a detecção precoce da sintomatologia.

Como instrumentos de intervenção psico-educativa, realizei um folheto informativo sobre a DPP (anexo I), onde consta a definição, a origem, as manifestações e o tratamento da DPP; assim como, um poster informativo (anexo II) sobre a DPP, onde consta a sua definição, as manifestações, e o que fazer face à identificação da sintomatologia.

O folheto informativo foi entregue às puérperas nas consultas de puerpério e o poster informativo, colocado na sala de espera das consultas de saúde materna. Penso que estes

instrumentos constituíram uma mais-valia para informar e despertar as utentes para esta realidade, ainda muito camuflada pelo estigma social existente, relativamente a todas as perturbações relacionadas com a Saúde Mental.

Realizei vários ensinamentos com base nas dúvidas demonstradas e necessidades identificadas. Alertar, esclarecer, informar e educar constituem estratégias importantes para prevenir futuros episódios de crise, isto é, rupturas temporárias e frequentemente bruscas do equilíbrio dinâmico da vida normal das puérperas, não sendo considerados doença ou experiência patológica, reflectem “uma batalha na [sua] vida corrente” (CHALLIFOUR, 2009, p.183).

O enfermeiro no âmbito da sua intervenção não poderá esquecer que a “mulher sente-se culpada pelos seus sentimentos e esconde o seu estado depressivo” (BRITO, 2009, p.602), o que numa primeira abordagem a “simples” observação poderá não ser suficiente para a detecção da sintomatologia depressiva, principalmente, se for realizada por profissionais não peritos na área de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste sentido, outra estratégia poderá ser utilizada para identificar as puérperas de risco, a aplicação de escalas de diagnóstico de depressão pós-parto, como a escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), “cuja utilização tem sido recomendada [pela Direcção Geral de Saúde] quer no período pré-natal quer no pós-natal” (BOTELHO & TAVARES, 2009, p.28).

A “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EPDS, que se encontra já traduzida e validada no nosso país” (CEPEDA; BRITO & HEITOR, 2006, p.18), consiste num questionário com 10 itens e que tem sido amplamente utilizado em várias culturas, demonstrando ser um instrumento útil para detectar mulheres sob risco de apresentar depressão pós-parto. Idealizado por COX em 1987, é um instrumento “de fácil aplicação e interpretação, com grande acessibilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais na Atenção Primária em saúde, inclusive pelo enfermeiro, durante os momentos que entra em contacto com a mulher e, particularmente, na consulta puerperal” (GUALDA; SANTOS JUNIOR & SILVEIRA, 2008, p.522).

Cada item é cotado de 0 a 3 de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, se o somatório das respostas for igual ou superior a 12, indica probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. “A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica” (CEPEDA; BRITO & HEITOR, 2006, p.43).

“As propriedades psicométricas da Escala a caracterizam como um bom instrumento de triagem da depressão pós-parto e seu uso disseminado no Sistema Único de Saúde poderia repercutir positivamente com aumento significativo na taxa de reconhecimento, diagnóstico, e tratamento da depressão pós parto” (FIGUEIRA; CORREA; MALLOY-DINIS & ROMANO-SILVA, 2009, p.1).

A aplicação deste tipo de escalas pelos enfermeiros “são intervenções eficazes no tratamento precoce da doença e na redução das consequências adversas da mesma sobre a saúde mental e desenvolvimento psicológico da mulher, bebé e família” (SOUSA, 2006, p.12).

Com base nestes teóricos, utilizei a EPDS como instrumento de avaliação das situações de risco de DPP nas consultas de enfermagem do puerpério, tendo o mesmo sido transformado num “Questionário para as Mães” (anexo III) para mais facilmente poder ser compreendido e as puérperas colaborarem e responderem sem constrangimentos.

Percebi, pelo que observei e me foi transmitido, que o “Questionário para as Mães” iria ser um instrumento de trabalho útil e importante para as colegas da saúde materna, porque lhes permitiria ter mais segurança relativamente à identificação e encaminhamento das situações de risco identificadas através deste processo.

Observei uma grande motivação para levar este projecto a “bom porto”, confirmado pela aplicação da escala na minha ausência.

Após a aplicação da escala nas consultas de puerpério, foram identificadas as puérperas de risco e programado acompanhamento através de entrevistas de ajuda de enfermagem.

Quando a puérpera apresenta “uma necessidade particular de ajuda psicossocial, é possível oferecer uma ajuda psicoterapêutica no âmbito de entrevistas adaptadas ao tipo de intervenção terapêutica escolhida” (CHALLIFOUR 2008, p.38). Estas entrevistas consistem numa estratégia de comunicação profissional para a qual o enfermeiro estabelece um processo de suporte para a pessoa cuidada a fim de a ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença ou às dificuldades existenciais que prejudicam a sua adaptação à situação vivida (PHANEUF, 2005).

Estas entrevistas “centradas no utente”, tem como finalidade “favorecer a consciência de si (*awareness*) e a emergência de recursos”. A puérpera foi encorajada “a envolver-se na relação e a partilhar a sua experiência, num clima de suporte, de consideração positiva, de empatia, ficando mais [apta] para resolver os problemas da vida corrente” (CHALLIFOUR, 2009, p.103).

Estas entrevistas foram centradas na resolução de problemas ou na tomada de decisão, onde ao longo de um mesmo encontro estabelecia um diagnóstico e desenvolvia uma intervenção específica. Adoptei um papel activo nos assuntos a abordar, exercendo “frequentemente o papel de perito quanto ao conteúdo e processo “ da entrevista (CHALLIFOUR, 2009, p.102). Foram realizadas com o objectivo de estabelecer uma relação de confiança com as grávidas e as puérperas, demonstrando apoio, capacidade de escuta, autenticidade, compreensão, aceitação, empatia, respeito, reconhecimento, favorecendo espaço para a verbalização de dúvidas e preocupações, sem julgar, com vista à mudança, autonomia e adaptação (PHANEUF, 2005). Visam o crescimento e desenvolvimento pessoal compartilhado, pelo enfermeiro e utente, através do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar, tal como defendido por Peplau na sua teoria das relações interpessoais (ALMEIDA; LOPES & DAMASCENO, 2005. p.206). O estabelecimento desta relação profissional tende para a formação de uma aliança terapêutica, favorecendo a construção de características de resiliência, imprescindíveis para ultrapassar todo e qualquer contexto de crise (CHALLIFOUR, 2009).

As entrevistas proporcionaram-me colher “informações clínicas e sócio-culturais das mulheres, buscando compreender sua realidade, estabelecendo relação empática de confiança mútua e

respeito, proporcionando escuta acolhedora, onde sentimentos conflitantes possam aparecer e, a partir de então, avaliar o estado psíquico da puérpera ” (GUALDA; SANTOS JUNIOR & SILVEIRA, 2008, p.523).

Perante esta avaliação, pude acompanhar as puérperas na resolução dos problemas identificados e encaminhar as situações de risco elevado para a psicóloga e assistente social da UCSP, trabalhando em equipa multiprofissional, no sentido de melhor responder às necessidades de saúde das utentes.

Desenvolvi uma “relação de ajuda e de empatia”, favoreci “uma relação interpessoal positiva com liberdade de expressão, de esclarecimento de dúvidas e de preocupações por parte das utentes, de modo a educar e a intervir, de forma individualizada e personalizada, respeitando as necessidades detectadas ” (SOUSA, 2006, p.11).

Proporcionei momentos onde que as puérperas puderam “expressar livremente seus temores e ansiedades, (...) dar assistência e orientação, auxiliando (...) a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante ” (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA & GENESTRA, 2003, p.445). “Os benefícios dessa atuação precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães. São atitudes que representam também um grande benefício às crianças” (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA & GENESTRA, 2003, p.445 e 446).

Pretendia, através destas intervenções, que as grávidas e as puérperas obtivessem uma condição de conforto, ou seja, fosse capaz de lhes proporcionar sensações de bem-estar físico e mental, estado de harmonia, na relação consigo mesmas, com os outros e com o seu ambiente, que se sentissem seguras, controladas, capazes de desempenhar os seus papéis.

KOLCABA (1991) citada por MUSSI (1996, p.257) considera o conforto como uma necessidade a ser satisfeita que constitui o alívio do desconforto, nestes casos motivados por este contexto de crise. A autora revela que as necessidades de conforto poderão ser físicas, psicoespirituais, internas ambientais e sociais.

Assim, pretendia com a realização destas entrevistas, ajudar as grávidas e as puérperas a ultrapassar estes episódios de crise, responsáveis pelo desenvolvimento de processos patológicos futuros. Desejava cuidar destas pessoas e que elas se sentissem confortadas com as minhas intervenções.

Sendo a nossa maior responsabilidade como enfermeiros Cuidar de quem necessita de ser cuidado, “ Colocar-se em relação com o outro, é o começo do cuidar, e a maneira de se colocar na relação com o outro é o reflexo da arte do cuidar “ (PHANEUF, 2005, p.8). O filósofo MILTON MAYEROFF no seu livro *On Caring*, citado por PHANEUF, dizia que “ cuidar é ajudar o outro e com o crescimento do outro eu também cresço ” (2005, p.8). Foi isto que procurei neste estágio, crescer como ser humano na relação com os outros e como Enfermeiro ao nível da qualidade do Cuidar que ofereço aos meus utentes.

“O cuidar não é (...) apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, (...) é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana “ (WATSON, 2002, p. 55).

As grávidas foram seguidas através de entrevistas de ajuda formais não estruturadas, não se utilizando qualquer formulário de entrevista, e as puérperas seguidas através de entrevistas de ajuda formais estruturadas.

Como formulário de apoio na condução das entrevistas realizadas às puérperas de risco, utilizei o Modelo de Entrevista Pós-Natal (anexo IV), disponibilizado no Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, da Direcção Geral de Saúde, para profissionais de saúde. Este modelo ajudou-me na formulação das questões a colocar para definir as áreas a intervir. A utilização desta estratégia de intervenção e de diagnóstico foi bastante positiva, visto as puérperas apresentarem alguma limitação da sua espontaneidade, resultante da sintomatologia depressiva associada.

Da mesma forma, e sabendo de ante mão a importância da observação do comportamento e da interacção mãe-filho, no âmbito da identificação de situações de risco ao nível do contexto da depressão pós-parto, foi também, realizado um “Guia de Observação de Interação mãe/filho” (anexo V). O objectivo foi o de ter um referencial teórico que me permitisse orientar a consulta para os aspectos mais importantes a observar quando as mães se fazem acompanhar dos seus filhos.

A observação da interacção mãe-filho e o tipo de suporte familiar e social, bem como do ajustamento e relacionamento conjugal nesta fase, “tornam-se de facto elementos decisivos para uma avaliação rigorosa por parte do enfermeiro, permitindo assim promover comportamentos desejáveis, interferindo de forma positiva nesta área da Saúde Materna e Infantil ” (APOSTOLO, 1999, p.19).

Este guia foi realizado por mim, com base nas aulas de psicopatologia realizadas pelo Dr Pedro Pires, no âmbito da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sobre a importância da observação da interacção mãe-bebe num contexto preventivo e terapêutico. Não sendo um guia testado e com rigor científico, serviu-me de referência, de ajuda e de suporte nas minhas intervenções.

Reestruturei a folha de registos de enfermagem (anexo VI), com a incorporação do resultado da aplicação da EPDS, que servirá de referência futura no acompanhamento destas mães nas consultas de saúde materna e saúde infantil.

Ao longo da realização deste módulo de estágio fui-me apercebendo da existência de um elevado número de faltas às consultas de puerpério. Talvez por serem marcadas com dois meses de antecedência e ficarem no esquecimento, talvez por desconhecimento da importância de acompanhamento pós natal, talvez por desmotivação provocada por sintomatologia depressiva num contexto de DPP. Por todas estas razões propus realizar um contacto prévio às consultas, sendo o objectivo, informar e sensibilizar as puérperas para a importância de acompanhamento nesta fase do ciclo de vida.

A enfermeira orientadora encaminhou-me duas grávidas que necessitavam de acompanhamento. Uma grávida de 25 semanas, gravidez não desejada. A grávida encontrava-se bastante ansiosa, angustiada, com labilidade afectiva e choro fácil. Apresentava um discurso algo pueril e manifestava ambivalência e insegurança em relação ao futuro pondo a hipótese de realizar uma interrupção voluntária da gravidez, verbalizava que o bebe era de outro pai e não do companheiro.

A grávida apresentava incapacidade em utilizar estratégias de resiliência para ultrapassar este contexto de crise. Por esta razão realizei duas entrevistas de ajuda com a grávida e encaminhei este caso para a psicóloga da UCSP, proporcionando-lhe um acompanhamento psicológico estruturado, ajudando a mesma na tomada de decisão de forma autónoma relativamente a esta gravidez indesejada.

A outra grávida, de 24 semanas, que se dirigiu a UCSP para conversar com a enfermeira, apresentava dificuldade de definição de prioridades e na tomada de decisão sobre dificuldades relacionadas com a sua vida conjugal. Foi proporcionado a grávida duas entrevistas de ajuda, proporcionando apoio e aconselhamento, demonstrando disponibilidade, empatia e compreensão.

Ao longo de todo este módulo de estágio, nas consultas de puerpério foram aplicados dezoito questionários da EPDS às puérperas. A partir dos resultados obtidos, identificaram-se quatro puérperas de risco, que corresponde a 22.22 %, resultado acima da média<sup>1</sup>. Os valores dos resultados da aplicação da escala nestas quatro puérperas foram respectivamente: um 13, dois 14 e um 19. Duas destas puérperas recusaram acompanhamento psicoterapêutico, alegando ter o suporte familiar necessário, ficando identificadas para posterior acompanhamento. No entanto, por questões económico-financeiras, uma foi encaminhada para o serviço de apoio social.

As outras duas puérperas aceitaram o acompanhamento psicoterapêutico através de entrevistas de ajuda estruturadas. Realizei duas entrevistas de ajuda com a puérpera que teve o resultado de 13, e três entrevistas de ajuda à outra puérpera que teve o resultado de 19. Esta última foi, também, encaminhada para o serviço de apoio social por dificuldades económicas. Não foram realizadas mais entrevistas de ajuda por não ser considerado necessário pela remissão da sintomatologia inicial.

Não tendo sido inicialmente projectado um trabalho de investigação e infelizmente não se ter proporcionado uma nova reavaliação à puérpera que apresentou o resultado de 13, não poderá ser realizado um tratamento dos dados.

Tive a oportunidade de poder aplicar novamente a escala à puérpera que apresentou o resultado de 19 na avaliação inicial. Ao fim da terceira entrevista apresentou um resultado de 10, ou seja, verificou-se uma redução de 47% de probabilidade de DPP.

---

<sup>1</sup> A média de prevalência de DPP situa-se entre os 12% e os 16%, tal como referido no enquadramento teórico, pág. 19.

Este resultado poderá servir como indicador da real importância das intervenções de enfermagem na prevenção da DPP. Penso que de alguma forma reflectiu o que consegui fazer por aquela pessoa, que se encontrava incapaz de lidar com a nova realidade de ser mãe e que encontrou a segurança para estabelecer a relação de *maternage* necessária para um saudável desenvolvimento do seu filho.

No final do estágio realizei uma sessão de esclarecimento aos enfermeiros da consulta de saúde materna, saúde infantil, vacinação, coordenadora da UCC e futura especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da UCC, sobre a DPP e a importância da intervenção de enfermagem na sua prevenção (anexo VII). Esta sessão teve como objectivos transmitir e fundamentar a importância da intervenção da enfermagem no âmbito da prevenção da depressão pós-parto, apresentar o projecto de intervenção realizado e a proposta de organização e encaminhamento futuro.

Pretendi com a realização desta sessão deixar implementado o projecto que iniciei, pela importância e necessidade de identificação dos casos de risco pelas enfermeiras da UCSP e encaminhamento para a UCC para posterior acompanhamento e intervenção pela especialista em saúde mental e psiquiátrica.

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo ” (nº1 do artigo 11º do Dec-Lei nº28/2008 de 22 Fevereiro), garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Neste sentido, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da UCC, após identificação das puérperas de risco através da aplicação da EPDS pelos enfermeiros da UCSP, poderão agir no âmbito da sua especialidade, dando início a um programa de entrevistas de ajuda de enfermagem utilizando estratégias de identificação de necessidades de intervenção em áreas consideradas problemáticas, dando resposta as mesmas, proporcionando à puérpera as ferramentas de resiliência necessárias para ultrapassar esta tão importante fase do seu ciclo vital.

Neste contexto, torna-se necessário formar e informar, esclarecer e despertar os profissionais de enfermagem das UCSP e respectivas UCC sobre esta temática actual e de urgente necessidade de intervenção. Estas intervenções serão uma mais-valia no âmbito da obtenção de ganhos em saúde não só ao nível da promoção da saúde mental na mãe como no desenvolvimento saudável do seu filho.

## 2.4. Reflexão Módulo I

Penso que, de uma maneira geral, os objectivos deste módulo de estágio foram concretizados. Este estágio foi muito positivo para mim, uma vez que consegui alcançar o que foi planeado no projecto de estágio inicial, tendo superado todas as expectativas.

Os objectivos do projecto inicial foram definidos no âmbito do desenvolvimento de competências na área da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental no período da gravidez e pós-parto. Objectivos esses determinados para dar resposta a uma necessidade identificada na unidade de saúde onde estagiei, bem como, numa necessidade pessoal de desenvolvimento nesta área específica de intervenção. Com a implementação deste projecto de intervenção, não só foi possível dar resposta do ponto de vista pessoal aos objectivos predefinidos, como também, e ainda mais importante, ter contribuído com uma iniciativa idealizada com base nas directivas da Direcção Geral de Saúde e com resultados bastante positivos, no âmbito de intervenções de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto.

Ao longo da realização deste módulo de estágio, foram identificadas as necessidades da população, realizados os respectivos diagnósticos e planeadas as intervenções de enfermagem que consubstanciaram o projecto de intervenção e deram origem aos resultados apresentados.

A receptividade, a motivação e a compreensão dos profissionais de saúde relativamente à importância real deste projecto, assim como a minha experiência profissional anterior em enfermagem psiquiátrica, foram uma mais-valia na concretização do mesmo, sem esta, os resultados não teriam sido nunca os verificados.

O facto de se poder utilizar uma escala fidedigna e aconselhada pela DGS na determinação da probabilidade de depressão pós-parto, e nós enfermeiros, podermos intervir na sua prevenção, contribui para a definição de indicadores de qualidade, assim como, na obtenção de ganhos em saúde ao nível nos cuidados de saúde primários. Do mesmo modo, as restantes estratégias desenvolvidas ao longo deste período de estágio contribuíram, do meu ponto de vista, para consubstanciar e dar forma a uma realidade ainda muito “camuflada” pelos vários agentes sociais. Informar e dar a conhecer são pilares fundamentais para um bom desempenho profissional.

As reflexões semanais realizadas sobre as actividades desenvolvidas encontram-se em anexo (anexo VIII).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constitui o pilar que estava em falta para sustentar os novos e inovadores projectos de intervenção comunitária no contexto da promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental, utilizando as mais recentes ferramentas na relação com o outro, e de forma estruturada e fundamentada, ajuda-lo a ultrapassar os vários períodos de crise que fazem parte do normal ciclo vital. Estas iniciativas

são cada vez mais importantes na obtenção de ganhos em saúde para a população, indo de encontro com o plano nacional saúde mental 2007-2016.

Assim, penso ter sido importante a realização deste estágio, não só para mim do ponto de vista pessoal no que respeita ao desenvolvimento de novas capacidades e competências de intervenção especializada em saúde mental e psiquiátrica na área da saúde materna, como também, pela importância inerente ao projecto implementado e as sua importância do ponto de vista da melhoria dos cuidados de saúde e da qualidade de vida das puérperas e dos seus filhos.

Tendo por base as competências de referência da Universidade Católica Portuguesa para esta especialização, a realização deste módulo de estágio permitiu-me adquirir competências especializadas na comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; na manutenção de forma contínua e autónoma do meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; na promoção de formação em serviço; na comunicação dos resultados da minha prática clínica para audiências especializadas; na abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família; no desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; na tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas; na demonstração de conhecimentos aprofundados sobre relação terapêutica e técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família respeitando as suas crenças e cultura; na compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; em incorporar na prática resultados de investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.

### 3. Modulo III – Pedopsiquiatria

---

#### 3.1. Clínica da Juventude

Em 1974 foi fundada a “Escola dos Cedros” a funcionar no Hospital Júlio de Matos, tendo como objectivo a recuperação de crianças e adolescentes com doença mental. Em 1987 pela diversidade e natureza da população abrangida, passou a chamar-se Clínica da Juventude, com objectivos mais abrangentes e especializados e com um leque de intervenções mais alargado.

Em 1992 a Clínica da Juventude foi integrada no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia. Em 2007, o Hospital Dona Estefânia foi integrado no Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E e a Clínica da Juventude passou a fazer parte da Área de Pedopsiquiatria. Abrange a área geográfica da ARSLVT e destina-se a jovens de ambos os sexos, de idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, com perturbações psiquiátricas/psicológicas.

Os objectivos da Clínica da Juventude são: proporcionar tratamento especializado a adolescentes e suas famílias; intervir em situações de risco; promover a integração familiar, escolar e/ou socioprofissional dos utentes; estabelecer a interligação com as estruturas comunitárias existentes, escolas, centros de formação profissional, instituições privadas e de solidariedade social, estruturas autárquicas e serviços judiciais; proporcionar a formação de profissionais de saúde e desenvolver a investigação na área da saúde mental e psiquiátrica.

A Clínica da Juventude é constituída pela unidade de consulta externa e pelo hospital de dia. Como áreas de intervenção, dispõe de acompanhamento médico de pedopsiquiatria; acompanhamento psicoterapêutico individual/grupal/familiar; acompanhamento em terapia ocupacional e acompanhamento de enfermagem. Permitindo assim, um atendimento especializado e multidisciplinar aos adolescentes e suas famílias que estejam a vivenciar situações de sofrimento psíquico e/ou emocional.

Os adolescentes poderão ser referenciados para primeira consulta através do serviço de urgência e internamento do HDE, do médico de família, das escolas, de outras equipas de pedopsiquiatria, de outras instituições, da família ou pelo próprio.

Após um primeiro atendimento, são discutidos e avaliados os casos e são realizadas propostas terapêuticas ou de orientação.

## Consulta Externa

Como resposta às necessidades de intervenção junto dos adolescentes e suas famílias a Clínica da Juventude dispõe de consulta geral de pedopsiquiatria, consulta de perturbação do comportamento alimentar, consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, consulta de psicologia e intervenção familiar.

As causas mais frequentes da vinda dos adolescentes às consultas são: depressão, alterações de comportamento alimentar, tentativas de suicídio, surtos psicóticos agudos, perturbações neuróticas, fobia escolar, recusa escolar, absentismo escolar, isolamento social e dificuldade de aprendizagem. Após realização da consulta de enfermagem, o adolescente é observado em consulta de pedopsiquiatria. Posteriormente será programado o projecto terapêutico a instituir para dar resposta as necessidades identificadas.

## Hospital de Dia

O Hospital de Dia constitui um espaço intermédio de assistência ao adolescente, entre o internamento e o acompanhamento em consulta externa, mantendo a sua inserção familiar e comunitária. Visa vários tipos de abordagem no âmbito da promoção da saúde mental; intervenções psico-educativas e intervenções psico-terapêuticas.

A inserção do adolescente em Hospital de Dia é realizada após a análise e avaliação de cada caso em consulta externa, com base no projecto e acompanhamento terapêutico programado.

O Hospital de Dia tem como objectivo geral: disponibilizar ao adolescente uma via alternativa ao meio familiar, através de modelos de identificação, num ambiente estruturado e securizante. Como objectivos específicos: aumentar a eficiência e a rentabilidade hospitalar; reduzir a duração do internamento e tempo de espera; melhorar a acessibilidade dos utentes; permitir ao adolescente continuar inserido na comunidade; melhorar a qualidade e a humanização do atendimento; diminuir os efeitos da inserção sócio-familiar; estimular as competências e capacidades dos jovens.

São realizadas várias intervenções de âmbito psico-terapêutico individual e em grupo, nomeadamente: consulta terapêutica, psicoterapia individual, terapia familiar, terapia ocupacional e psicoterapia de grupo (para adolescentes e pais).

A área de intervenção terapêutica inclui culinária, fotografia, expressão plástica, actividades de vida diária, dramatização, expressão corporal, cineterapia, trabalhos manuais, jardinagem, como também outros grupos temáticos (jornal, musicoterapia, preparação das estações do ano, preparação de festas, etc).

### 3.2. Enquadramento Conceptual

#### A Adolescência

A adolescência consiste num estágio único de desenvolvimento, anteriormente ignorado pela sociedade, onde “ocorrem as principais transformações psicológicas e fisiológicas que alteram a qualidade dos processos cognitivos e emocionais “ (COLLINS & SPRINTHALL, 1994, p. 16). Freud define este período como necessariamente difícil e turbulento, inevitável para qualquer ser humano (COLLINS & SPRINTHALL, 1994, p. 18).

“A adolescência é a idade da mudança, (...) significa em latim «crescer» (...) é uma passagem entre a infância e a idade adulta “ (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p. 23).

E. KESTEMBERG afirma que o adolescente já não é uma criança, mas também ainda não é um adulto, na realidade, é por vezes simultaneamente os dois. “ Este duplo movimento de negação da sua infância, por um lado, e procura dum estatuto de adulto estável, por outro, constitui a própria essência da «crise», do «processo psíquico» que todo o adolescente atravessa” (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p. 23).

É um ser de paradoxos: “quer ser totalmente autónomo mas ao mesmo tempo, solicita os pais para actos banais da vida quotidiana ” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 20); “enuncia verdades absolutas, intangíveis, e ao mesmo tempo dúvida profundamente de si próprio, do seu corpo e dos outros ” (*ibidem*); “Enquanto o seu pensamento se abre para as categorias do possível e para o campo infinito das hipóteses, o seu corpo transforma-se irremediavelmente num sexo rigorosamente definido” (*ibidem*); “Ele é muitas vezes extraordinariamente altruísta e, simultaneamente, pode revelar-se fantásticamente egoísta ” (*ibidem*); “Ele não deixa de se afirmar profundamente individualista, ao mesmo tempo que se funde num grupo ou numa moda, o que torna difícil distingui-lo dos seus pares ” (*ibidem*).

A “adolescência é precisamente este período em que o indivíduo faz a experiência das contradições, do paradoxo e do sofrimento que eles engendram ” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 20).

A adolescência é constituída por três períodos, o período de espera, que corresponde à entrada na adolescência, entre os 10 e os 13 anos, marcado pelo início da puberdade; o período de mudança física, psicológica, familiar e social. A mudança física, que se caracteriza pela transformação do corpo. A mudança psicológica, que se caracteriza pela descoberta de novas fontes de interesse e de prazer, pelo rompimento dos desejos, dos ideais, dos interesses passados e dos modelos de identificação da infância. A mudança familiar e social, que se caracteriza pelo afastamento dos pais, resultante do “movimento psicológico de decepção que o adolescente sente relativamente aos pais e pela necessidade de procurar fora do círculo familiar estas novas fontes de satisfação” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 20,21). Por fim, o período ou a fase de descoberta, que surge após a ruptura com a infância, “ com todas as dificuldades psicológicas e comportamentais que ela implica” (*ibidem*).

Nesta fase o adolescente deverá descobrir quem é, descobrir aquilo de que gosta e o que deseja, definir o que ambiciona e o que espera da vida. “ Por outras palavras, deve forjar o seu próprio ideal que já não é o da sua infância e também não é o dos pais” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 22).

O último momento da fase de descoberta relaciona-se com a necessidade de fazer uma escolha. Escolher sobre as várias possibilidades com que se depara. Escolher “é conquistar, mas também renunciar” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 22). Estas escolhas estão directa e/ou indirectamente condicionadas pelas oportunidades culturais, sociais e familiares de cada um.

Existem adolescentes que se recusam a escolher por não aceitarem o “«trabalho» de renúncia” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 22), assumindo uma posição de indecisão e de espera, que se poderá repercutir em consequências pessoais (abuso de drogas, condutas de risco devido às angustias associadas) e consequências sociais (recusa escolar, marginalização).

“A necessidade de mudanças por um lado e a de escolhas por outro explicam a vulnerabilidade psíquica potencial do adolescente” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 22), como consequência poderão surgir três tipos de ameaças, ansiosa, depressiva e aditiva. A ameaça ansiosa estará relacionada com as flutuações de identidade relacionadas com as transformações do corpo e com as transformações nas relações sociais. A ameaça depressiva estará relacionada com a perda e o luto da infância, onde existia a protecção dos pais e a onnipotência infantil, para entrar num novo mundo de paradoxos, de conflitos e de escolhas. “A ameaça aditiva resulta da impossível renúncia que qualquer escolha implica, especialmente as escolhas identitárias e afectivas” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 22).

Finda a última fase da adolescência um dos sentimentos predominará, ou a satisfação, resultante de descobertas frutuosas, ou a decepção, pela inexistência de satisfação. Este último, como consequência, poderá ser responsável por condutas patológicas ou pelo retardo da adolescência. Tornar-se adolescente, é definir-se a si próprio, é reconhecer as suas próprias identificações, os seus desejos e os seus ideais (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 70).

### **A Adolescência e a Sociedade**

A adolescência como grupo social autónomo terá aparecido no séc. XVIII e XIX. As suas características dependem das épocas, das culturas, dos contextos sociais, familiares e individuais (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 40).

O ambiente tem um papel fundamental na adolescência. O ambiente determina a adolescência e a adolescência é totalmente dependente do ambiente. Os comportamentos do adolescente são a expressão das pressões ambientais. A natureza particular dos vínculos que o adolescente estabelece com o seu ambiente, torna-o especialmente dependente e vulnerável às pressões e mudanças que esse ambiente lhe pode provocar (MARCELLI & BRACONNIER,

2005, p. 449). As “alterações ambientais (...) contribuem para as dificuldades sentidas na adolescência” (COLLINS & SPRINTHALL, 1994, p. 19).

“Seja como for, os jovens mantêm-se fiéis a valores transmitidos, tais como a família, o conforto e a segurança, mas adaptam-nos e procuram prolongar certas formas de situação provisória” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 42)

A participação do adolescente num grupo de jovens com a mesma idade é extremamente importante e indispensável, visa não só dar resposta “a necessidades educativas e sociais, mas também a motivações intrapsíquicas pessoais” (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p. 43). A adesão a estes grupos de jovens faz o adolescente sentir-se integrado na sociedade, interpondo um certo distanciamento dos pais, apreendendo as relações sociais necessárias à sua autonomia como futuro adulto. Embora seja importante, ao mesmo tempo torna-se um dos maiores factores de risco na adolescência (*ibidem*).

As necessidades sociais, físicas e afectivas dos adolescentes face à escolaridade são diferentes. É na escolaridade que o adolescente irá investir a sua curiosidade, praticar o seu controlo, expandir os seus ideais e promover a sua autonomia e independência. O adolescente vê a escolaridade, não só como promotora de desenvolvimento pessoal, da sua personalidade, como também, responsável pela preparação para a sua vida profissional. A escola é o local de trabalho do adolescente, é onde o adolescente assume a noção de responsabilidade, fundamental nas suas relações pessoais e sociais (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p.128-136).

Existem determinados factores que influenciam a escolaridade, as capacidades afectivas e relacionais, as mudanças intelectuais e psicomotoras, os conflitos pessoais e familiares. A interacção destes factores resulta no insucesso escolar (*ibidem*).

## **A Adolescência e a Família**

Uma das grandes particularidades dos adolescentes é quererem promover a sua autonomia e individualidade e ao mesmo tempo continuarem dependentes da sua família. O resultado das relações familiares, da estrutura familiar e das personalidades dos pais resultam naquilo “a que se chama «crise do adolescente»” (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p. 453).

As personalidades dos pais são questionadas e contestadas pelos adolescentes, surgindo situações de conflito consideradas normais e naturais. Um dos acontecimentos mais marcantes da adolescência é a “reorganização sobre uma nova base das relações com os progenitores” (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p. 454).

Os pais nesta fase vivenciam também um paradoxo tal como o seu filho adolescente. Por um lado, a satisfação de verem os seus filhos progressivamente a tornarem-se adultos e mais autónomos, por outro, o sentimento de perda, por vezes de difícil aceitação, de onde poderão

emergir sentimentos de abandono, esquecimento, inveja, rivalidade e possessividade. Esta ambiguidade é chamada de «crise parental» (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p.70).

O papel importante dos pais é acompanhar o adolescente neste processo de crise, estabelecendo o diálogo, favorecedor de uma relação saudável e equilibrada. Não sendo por vezes, tão linear quanto necessário, pelos conflitos que os adolescentes provocam num contexto de afirmação e desafio dos seus limites, os progenitores deverão manter o papel de mediadores das tensões, das regras, das fronteiras. Compreender, tolerar, conter e proteger, deverão fazer parte do papel principal dos progenitores (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p.70-73).

Segundo alguns autores a existência de um ambiente familiar tolerante e tranquilizador é favorecedor de um desenvolvimento normal e ajustado do adolescente. Já um ambiente intolerante, agressivo ou angustiante, por outro lado, poderão afectar esse normal desenvolvimento.

O diálogo entre pais e adolescentes, constitui a ferramenta mais importante nesta relação mútua, é através do mesmo que se equilibram as tensões e os conflitos e se delimitam as fronteiras. A falta de diálogo é vivenciada pelo adolescente como sinal de abandono e indiferença (MARCELLI & BRACONNIER, 2000, p.73-75).

Em situações de conflito parental, o diálogo entre o adolescente e outro membro da família poderá ter um papel essencial no desenvolvimento e identificação com a mesma, especialmente avós, tias e tios (MARCELLI & BRACONNIER 2000, p.92).

## **A Adolescência e a Doença Mental**

Em saúde mental é sempre difícil perceber a fronteira entre o normal e o patológico. O facto de um adolescente apresentar determinado sintoma, não determina, necessariamente, um quadro psicopatológico. Os sintomas só adquirem significado em determinado contexto sócio-familiar e com base no momento evolutivo do adolescente.

Existem determinados factores que aumentam a predisposição para a doença mental. A dificuldade na adaptação ao novo papel pelas mudanças psicológicas, familiares e sociais; a vulnerabilidade na gestão das pressões ambientais; o desequilíbrio das situações paradoxais e a falta de resiliência na gestão do sofrimento a ele associado. Estes factores poderão catapultar o adolescente para um mundo de perturbação e sofrimento psicopatológico, com repercussões ao nível das relações sociais e familiares, como também, dificuldades no desempenho escolar (MARCELLI & BRACONNIER, 2005).

Segundo vários autores, as patologias mais frequentes no período da adolescência são as perturbações disruptivas do comportamento, hiperactividade / défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, recusa escolar,

tentativas de suicídio, perturbações de expressão somática, perturbações psicóticas e perturbações do espectro do autismo.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, cumprindo os requisitos de intervenção nesta faixa etária, deverá agir nas três áreas de prevenção: primária, secundária e terciária.

A sua responsabilidade na prevenção primária será a de intervir ao nível do ambiente e do indivíduo, impedindo o aparecimento/início das perturbações. Na prevenção secundária, o enfermeiro deverá triar o mais cedo possível a existência de perturbações, evitando a sua estruturação de forma patológica e intervir no indivíduo ou no seu ambiente, fazendo desaparecer ou atenuar essas perturbações. Na prevenção terciária, o enfermeiro deverá intervir nas perturbações diagnosticadas evitando sequelas, agravamento, complicações secundárias ou instalação de patologia crónica (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p.584).

### **3.3. Projecto de Estágio – “Ecos na Adolescência...”**

As escolhas das áreas a intervir em ambos os módulos de estágio, foram realizadas com base num sentimento de “vazio” existente relativamente às mesmas, nos domínios do conhecimento teórico e competência prática, e de que forma este se poderia preencher. Pretendia que as áreas a explorar fossem responsáveis não só, pelo desenvolvimento de competências nestes contextos mas, também, pela globalização do conhecimento em basicamente todo o ciclo vital.

A temática escolhida para intervir no modulo III de estágio, surgiu pela dúvida pessoal, relativamente ao acompanhamento e resposta social que é dada aos adolescentes em risco e em crise, no âmbito da saúde mental e psiquiátrica e, mais especificamente, na importância do papel do enfermeiro especialista nessa mesma resposta.

Quando desempenhei funções no serviço de internamento de psiquiatria de adultos, por vezes eram internados jovens adultos já referenciados pela consulta de pedopsiquiatria, acompanhados há alguns anos. Questionava-me, como seria o acompanhamento destes adolescentes e qual seria o papel do enfermeiro especialista em saúde mental. E foi com base nestas questões que surgiu a vontade e necessidade na obtenção de respostas. O resultado seria o acréscimo de conhecimentos, capacidades e competências de intervenção especializada nesta área, o que me iria capacitar para prestar melhores cuidados de enfermagem aos utentes jovens internados no serviço onde trabalhava, e respectivas famílias.

O eco existente no núcleo familiar destes adolescentes ou, o eco existente nestes adolescentes pelas dificuldades de relação com o seu núcleo familiar, são realidades de elevada complexidade de onde emergem necessidades urgentes de intervenção e onde o enfermeiro especialista em saúde mental tem, cada vez mais, responsabilidades acrescidas.

Ainda antes do início do estágio, tive a oportunidade de conhecer e falar com a enfermeira especialista em saúde mental que me iria orientar. Apercebi-me que a orientadora iria desempenhar um papel fundamental no meu crescimento pessoal e profissional nesta área de intervenção.

Os objectivos e as estratégias para a realização deste estágio, foram estruturados com base na vontade de concretização das necessidades pessoais e profissionais na área da pedopsiquiatria e nas oportunidades de aprendizagem oferecidas pelos projectos terapêuticos e de intervenção ao adolescente e família, na clínica da juventude.

### 3.3.1. Objectivos de Estágio – Análise de um Percurso

#### Objectivo Geral

#### Desenvolver Competências de Intervenção Especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao Adolescente e Família.

Tive a oportunidade de aprender com uma perita na área, com ampla experiência na relação com adolescentes e suas famílias. A sua vasta experiência ajudou-me bastante nas reflexões semanais das consultas realizadas e actividades desenvolvidas (anexo IX), na articulação dos conhecimentos teóricos com a prática de intervenção, na identificação dos diagnósticos de enfermagem e nas estratégias de actuação para dar resposta aos anteriores, agindo de forma estruturada em contexto especializado de intervenção de enfermagem.

O trabalho realizado por todos os profissionais na Clínica da Juventude tem uma importância sem paralelo. Contribuem para reduzir a probabilidade de novos internamentos, assim como novas reincidências. Contribuem, através do acompanhamento dos adolescentes e suas famílias para a melhoria, não só da dinâmica familiar, como da qualidade de vida das mesmas e conseqüentemente nos ganhos em saúde para esta população.

A concretização deste objectivo foi extremamente importante do ponto de vista pessoal e profissional. Permitiu-me desenvolver e melhorar as capacidades no âmbito das relações interpessoais, desenvolver algumas competências de intervenção de enfermagem nesta área, perceber a real importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica ao adolescente e família, e conhecer as ferramentas psicoterapêuticas e psico-educativas que temos ao nosso dispor para dar resposta às necessidades de intervenção neste grupo alvo de cuidados.

Para conseguir alcançar este objectivo, tive primeiro que me integrar na equipa multidisciplinar da clínica da juventude. Comecei por conhecer a estrutura física, e de como se encontrava organizada para dar resposta às necessidades da população, de tomar conhecimento das normas e procedimentos da instituição e do manual de integração. Estabeleci uma relação de parceria profissional com os diferentes intervenientes da equipa multidisciplinar, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e assistentes operacionais.

Realizei algumas reuniões formais e informais com a enfermeira orientadora e com outros profissionais da equipa de saúde, conhecendo os seus papéis e as suas responsabilidades. Observei a dinâmica de trabalho da equipa de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, e de como dão resposta às necessidades dos utentes, tanto no âmbito das consultas externas como nos projectos terapêuticos do Hospital de Dia.

## **Objectivo Específico**

### Identificar Necessidades, Estabelecer Diagnósticos, Planear, Desenvolver e Avaliar Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao Adolescente e Família.

Sendo o Cuidar em relação de ajuda a essência da profissão de enfermagem e as relações interpessoais as ferramentas de trabalho na prestação de cuidados de enfermagem, foi a partir do modelo das relações interpessoais de Peplau, em articulação com o processo de enfermagem, que me baseei para a determinação destes objectivos de estágio (FAVERO *et al*, 2009, p.214).

Com base nas realidades existentes na Clínica da Juventude, idealizei algumas actividades que poderiam dar resposta aos objectivos previamente definidos.

O estágio foi realizado em duas vertentes de intervenção, uma na consulta externa e outra no hospital de dia, onde foram cumpridas as actividades que irei descrever.

## **Consulta Externa**

Os adolescentes são avaliados em consulta externa, onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental. É da sua responsabilidade “abrir a porta” a estes adolescentes e às suas famílias quando vêm referenciados para avaliação por pedopsiquiatria na Clínica da Juventude. O primeiro contacto com a clínica é realizado pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O acolhimento tem o seu início na sala de espera onde o adolescente e os seus familiares aguardam pela consulta. A observação do adolescente, o comportamento, as relações, e quem o acompanha, dão informações importantes que, em conjunto com a entrevista realizada posteriormente na consulta, irão alicerçar todo o contexto de referência.

Para a realização destas consultas foi utilizada a “ Ficha de Primeiro Atendimento” (anexo X), formulário utilizado nesta instituição. Pretende-se colher toda a informação, não só a relacionada com os factores que levaram à referência para a consulta, como também, a relacionada com todas as características do seu contexto sócio-familiar, nomeadamente: identificação pessoal, identificação do meio familiar e social, caracterização do pedido, início das queixas e sua evolução, estratégias utilizadas para resolver, expectativas em relação ao serviço, disponibilidade da família, antecedentes pessoais e familiares, observação do adolescente, relatórios e exames apresentados, assim como outras observações relevantes. As informações a colher, integradas neste formulário, vão de acordo com as recomendadas pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Nestas entrevistas pretende-se identificar e diagnosticar os problemas de enfermagem, para posterior planeamento e intervenção. As intervenções poderão ser realizadas no âmbito psico-

educativo à medida que se vão diagnosticando os problemas, ou posteriormente, no âmbito psicoterapêutico integradas no contexto do projecto terapêutico a instituir para dar resposta às necessidades identificadas.

Estas entrevistas permitem ter “acesso a informações sobre dificuldades actuais e passadas do adolescente, sobre a sua organização psíquica e sobre as suas capacidades ou dificuldades de mudança “ (BENONY 2005, p.81,82,84). Visam a compreensão do adolescente “na sua globalidade e individualidade mais absoluta “ (*ibidem*). Implica um processo de empatia e de escuta, com o objectivo diagnóstico e terapêutico, enquadrando-se numa “relação de tratamento, de ajuda ou aconselhamento “ (*ibidem*).

Antes de realizar as consultas de forma autónoma, observei a enfermeira orientadora na sua actuação, o que me facilitou bastante, pois serviu de referência e modelo de intervenção.

Trabalhei em parceria com outros técnicos, com a assistente social, pedopsiquiatras, psicólogos. Encaminhei, em parceria com a enfermeira orientadora, um adolescente para o Hospital de Dia onde foi integrado num projecto terapêutico, com o objectivo de dar resposta aos deficits detectados.

Ao longo da realização deste módulo de estágio observei quatro consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira orientadora e uma consulta realizada por um outro enfermeiro perito na área. Observei duas entrevistas familiares e realizei de forma autónoma nove consultas de enfermagem.

As consultas foram realizadas e conduzidas, respeitando a individualidade (faixa etária e características físicas e mentais) e o contexto sócio-familiar em que o adolescente estava inserido, planeando os cuidados de forma personalizada, tal como defendido por PHANEUF (2002). Os dados foram colhidos de forma interactiva, enfermeiro, adolescente e familiar, num contexto de parceria relacional “baseado na confiança e dirigido para a maximização dos recursos do [adolescente e família], a manutenção da sua integridade e a promoção de respostas adaptadas“ aos processos de crise (STUART & LARAIA, 2001, p.201).

Foi proporcionado um ambiente acolhedor, facilitador de uma aliança terapêutica, identificando o funcionamento psicopatológico do adolescente e avaliando a qualidade das interações familiares e sociais. Da qualidade destes primeiros contactos poderão depender a qualidade das relações terapêuticas futuras, como do investimento nestas relações pelo adolescente e sua família (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p.85-88). Estas consultas tiveram por base as áreas de prevenção primária e secundária, tendo sido considerado o universo familiar, sociocultural, escolar e relacional do adolescente (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p.586).

Seguindo o que STUART & LARAIA (2001) defendem, ao longo das entrevistas foram colocadas algumas questões à família sobre, as preocupações do adolescente, o início dos problemas, as mudanças observadas, onde ocorrem as manifestações, os factores desencadeantes ou inibidores, as consequências no relacionamento social e no desempenho escolar.

Algumas vezes, por observar ser facilitador de uma melhor intervenção terapêutica, baseado em PHANEUF (2002), foi promovido espaço para o adolescente conversar com o enfermeiro sem a presença dos familiares, demonstrando interesse, disponibilidade, empatia, respeito, compreensão, escutando o que o adolescente tinha para dizer, o que o perturbava e preocupava, avaliando a situação/problema, dando a oportunidade para o adolescente “falar do seu mundo interno, dos seus afectos, das suas emoções, dos seus pensamentos, sonhos ou *rêveries*, sem ser julgado segundo critérios morais ou éticos” (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p.598).

“Estas entrevistas são verdadeiras «psicoterapias breves» quando as dificuldades dos adolescentes são mínimas” podendo desaparecer ou atenuar-se apenas sob o efeito da tomada de consciência ou das modificações realizadas (MARCELLI & BRACONNIER, 2005, p.605). O enfermeiro contribui com as suas intervenções para a resolução de problemas, melhoria dos comportamentos, redução da sintomatologia e do sofrimento individual e familiar.

Tive a oportunidade de realizar duas consultas de comportamento alimentar, onde a intervenção realizada teve o seu foco, essencialmente, na colheita de informação (dados antropométricos, estado mental e físico do adolescente), na ajuda e ensino com base nas necessidades identificadas. Após identificação de sintomatologia relacionada com baixa de auto-estima, desresponsabilização e desvalorização de projectos futuros, numa das adolescentes, entrevi baseado em CHALLIFOUR, na tomada de consciência de si (*awareness*), na responsabilização das suas atitudes, bem como na contratualização de projectos futuros.

Na Clínica da Juventude, o enfermeiro realiza somente as consultas de primeira vez. Acredito e tenho a convicção que, pelas competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, se houvesse a oportunidade de realizar um acompanhamento terapêutico estruturado com entrevistas de ajuda posteriores, seria benéfico na obtenção de ganhos em saúde para o adolescente e sua família.

Após estas primeiras consultas, e contrariamente ao que era realizado em tempos passados em equipa multiprofissional, os casos são avaliados pelo pedopsiquiatra que determina o acompanhamento necessário a dar a este adolescente assim como o projecto terapêutico a instituir. Creio que seria benéfico a manutenção da estratégia anterior, a discussão e planeamento dos projectos terapêuticos em equipa, utilizando as diversas competências das diferentes especialidades para um mesmo fim, o adolescente.

Estive presente em duas reuniões multidisciplinares, onde foram apresentados estudos de caso de adolescentes anteriormente seguidos na Clínica da Juventude e os resultados dessas intervenções. Achei estas reuniões extremamente importantes, onde os profissionais reflectem as suas práticas, as mais-valias da articulação multi-profissional na intervenção ao adolescente e os ganhos para a saúde como resultado das intervenções realizadas.

## Hospital de Dia

Neste estágio tive a oportunidade de participar e colaborar em várias actividades desenvolvidas para dar resposta aos projectos terapêuticos delineados para cada adolescente. Os adolescentes são integrados em grupos terapêuticos. A intervenção em grupo terapêutico visa o estabelecimento de interações adolescente-adolescente e adolescente-terapeuta para “efectuar mudanças no comportamento mal-adaptado de cada um dos membros do grupo”, servindo como “instrumento para a mudança” (VINOGRADOV & YALOM, 1992, p.3).

Um grupo terapêutico consiste num “microcosmos de sistema social, uma rede de relações” (BENNER 2001, p.61) que permitem “por a nu as questões de conflito e cooperação” (*ibidem*). Constituem “uma ferramenta terapêutica de base que, enquanto tal deve ser estabelecida, controlada e mantida ” (*ibidem*).

A utilização do *setting* de grupo, como instrumento terapêutico, permite aliviar a ansiedade, estimular o crescimento e desenvolvimento da personalidade, estimular a interacção, as relações interpessoais e a socialização, assim como alterar determinados padrões de comportamento específicos (VINOGRADOV & YALOM, 1992, p.3-12).

Pretende-se, através da dinâmica de grupo, desenvolver competências individuais para lidar com os problemas sociais, como também, desenvolver alguns processos psicológicos, nomeadamente o amadurecimento, a aprendizagem e o crescimento pessoal. Ambiciona-se a aquisição de novos modos de sentir, pensar e relacionar-se com os outros (MANES, 2007, p.5,6).

SULLIVAN (1953) afirma que “a personalidade é quase que inteiramente o produto da interacção com outros seres humanos significativos, e que a psicopatologia surge quando estas interações e as percepções relativas a elas são distorcidas”, neste sentido “o tratamento psiquiátrico deve ser dirigido para a correcção das distorções interpessoais “ (VINOGRADOV & YALOM, 1992, p.3-12).

Logo, o objectivo destas actividades de grupo, integradas nos projectos terapêuticos, visam a correcção dessas distorções interpessoais, desenvolvendo novos padrões de comportamento, mais eficazes para lidar com o *stress* do dia-a-dia (TAYLOR, 1992).

Em grupo, os adolescentes aprendem a lidar uns com os outros, com as suas simpatias, antipatias, similaridades, diferenças, invejas, timidez, agressões, medos, atracções, competitividades, frustrações, onde deverá existir uma liderança terapêutica ajustada e rigorosa, realizada pelo enfermeiro.

O enfermeiro, de forma assertiva, deverá estabelecer uma relação de ajuda com os vários membros do grupo, gerindo as interações, fomentando e reforçando os comportamentos adequados e as competências pessoais e interpessoais de cada um. Desta forma, promoverá a mudança necessária e pretendida, para o adolescente ser capaz de se melhor adaptar às relações sociais, compreender e interpretar o ambiente que o cerca, potenciando o seu estado

de equilíbrio para ser um membro criativo e produtivo na sociedade. (CEPEDA; BRITO; HEITOR, 2006, p.4).

Colaborei e participei, em parceria profissional com os enfermeiros responsáveis, em várias actividades realizadas no hospital de dia, nomeadamente, jogos, cineterapia, pintura e desenho. Estas actividades permitiram-me a aproximação com os adolescentes, estabelecendo uma relação de confiança com os mesmos, necessária para o cumprimento dos objectivos de estágio e de uma actividade de grupo que gostaria de realizar.

Integrei um grupo terapêutico onde pude conhecer as circunstâncias que levaram aqueles quatro adolescentes a serem referenciados e integrados no grupo. Programei e realizei uma actividade, integrada no projecto terapêutico do grupo em questão.

O projecto da actividade de grupo encontra-se no anexo XI. Nele inclui a caracterização dos quatro elementos que constituem o grupo terapêutico, a definição da finalidade da actividade de grupo, o objectivo geral, os objectivos específicos e as estratégias da actividade de grupo. Inclui também a caracterização das quatro sessões de que constitui a actividade e as características da avaliação da mesma.

A escolha do contexto desta actividade, baseou-se num mesmo núcleo motivacional partilhado por todos os elementos do grupo terapêutico, a música. Todos os elementos deste grupo partilham, de uma maneira geral, o mesmo gosto pela música. Assim, a música foi utilizada como instrumento para a concretização dos objectivos definidos para esta actividade.

A actividade de grupo intitulada “O Ano”, foi realizada com base no referencial teórico já exposto e nos objectivos terapêuticos do grupo. Pretendia com a realização desta actividade utilizar o *setting* de grupo como instrumento terapêutico de desenvolvimento individual e de crescimento interpessoal. Estimular a criatividade e a motivação, promover a comunicação e a interacção de grupo, promover a responsabilização e a cooperação inter-pares, fomentar a coesão do grupo, estimular a partilha e a aceitação, estimular a reflexão, desenvolver a auto-estima e o auto conceito, aliviar a ansiedade e a tensão e promover a utilização da música como forma de expressão de afectos e emoções.

A actividade, dividida em quatro sessões, consistiu na composição e apresentação de um tema musical, sendo que na primeira sessão os elementos do grupo escolheram o tema da música e iniciaram a elaboração da letra, na segunda sessão, finalizaram a elaboração da letra e iniciaram os ensaios da música, na terceira sessão ensaiaram a música e na quarta e última sessão apresentaram o tema musical no lanche de Natal do Hospital de Dia.

Independentemente de ter havido alguns imprevistos durante a realização da actividade, os elementos demonstraram criatividade na escolha do tema e elaboração da letra da música, demonstraram motivação e empenho na realização da actividade, comunicaram e interagiram de forma adequada e eficaz, demonstraram responsabilidade na realização da actividade, apresentaram espírito de cooperação, partilharam e aceitaram as ideias e opiniões dos restantes elementos, reflectiram sobre as decisões tomadas, apresentaram iniciativa e

assertividade, expressaram sentimentos, emoções e afectos com baixos níveis de ansiedade e tensão.

Não sendo o objectivo da actividade mudar comportamentos, por não ser possível em tão pouco tempo, penso ter contribuído com a realização desta actividade, para o desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais nos vários elementos do grupo, responsáveis pela mudança de comportamentos que se pretende, com projecto terapêutico em curso neste grupo terapêutico de adolescentes.

Sendo estas intervenções realizadas em contexto de reabilitação psicossocial dos adolescentes, as intervenções de enfermagem são realizadas no âmbito da prevenção terciária.

Particpei de forma activa nas reuniões semanais do Hospital de Dia, aonde era realizada uma análise relativamente ao projecto terapêutico de cada adolescente, integrado nos diferentes grupos terapêuticos, para ajustar e alterar, se necessário, as estratégias de intervenção para melhor se adequarem à real situação e necessidade de cada elemento do grupo.

### 3.4. Reflexão Módulo III

De uma maneira geral penso ter concretizado os objectivos que foram propostos para este módulo de estágio. As consultas de enfermagem realizadas, a participação nas reuniões multidisciplinares, o acompanhamento de um grupo terapêutico nas suas actividades e a implementação de uma actividade de grupo, proporcionaram-me a oportunidade de, não só compreender as respostas dadas a este grupo alvo, como também, desenvolver o meu “saber” e o meu “saber fazer” nesta área do ciclo vital, melhorando e aprofundando as minhas capacidades e competências de intervenção, não só do ponto de vista psico-educativo, como também, psicoterapêutico, como enfermeiro especialista em saúde mental (BENNER, 2001, p.32).

A realização deste módulo de estágio permitiu dar resposta às minhas dúvidas pessoais relativamente aos “ecos na adolescência...”. O ambiente familiar e relacional do adolescente e respectiva família influenciam-se reciprocamente. Esta influência tanto poderá ser negativa como positiva. A família tem uma responsabilidade e um papel fundamental nas repercussões comportamentais, na recuperação dos estados de crise e na saúde mental dos adolescentes. Assim como, os adolescentes, pelas influências ambientais e sociais, se podem tornar o rastilho da desestruturação familiar. Torna-se importante actuar no sentido da compreensão mútua de papéis e no equilíbrio das relações. O enfermeiro especialista em saúde mental assume responsabilidades acrescidas, no âmbito das suas actuações no estabelecimento e na ajuda à concretização deste equilíbrio mútuo, necessário à saúde mental pessoal e familiar.

As competências adquiridas no meu percurso profissional como enfermeiro prestador de cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, contribuíram para o estabelecimento de relações mais proveitosas com os adolescentes e suas famílias, facilitando o processo de enfermagem.

A observação dos enfermeiros peritos nas relações com os adolescentes, assim como as actividades realizadas e as relações estabelecidas, contribuíram para o desenvolvimento de capacidades e competências de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a adolescentes e suas famílias.

O enfermeiro especialista em saúde mental, pelas competências que possui, poderia ter um leque de responsabilidades e intervenções mais abrangentes na clínica da juventude.

Penso que existem áreas por conquistar, sei que será difícil a sua conquista. As ideologias sociais e as culturas organizacionais, constituirão a médio e longo prazo, os obstáculos a ultrapassar para uma enfermagem mais autónoma e respeitada.

Tendo por base as competências de referência da Universidade Católica Portuguesa para esta especialização, a realização deste módulo de estágio permitiu adquirir competências especializadas na gestão e interpretação, de forma adequada, da informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-

graduada; na formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; na produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo; na demonstração de consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família; na demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos; na avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

#### 4. Reflexão Final

---

A enfermagem, tal como PEPLAU a define, constitui um processo interpessoal e terapêutico no qual interagem o enfermeiro prestador de cuidados e a pessoa alvo de cuidados (MACEDO *et al*, 2006). Permite o crescimento pessoal compartilhado por ambos e desenvolvido no processo de Cuidar, e tem como objectivo “ajudar os indivíduos e comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva em suas vidas ” visando o papel da família, da sociedade, da cultura e do ambiente (ALMEIDA *et al*, 2005). Permite o desenvolvimento da personalidade e o amadurecimento de ambos, utilizando princípios e métodos que facilitam o processo de resolução de problemas ou dificuldades interpessoais quotidianas (*Ibidem*).

Os principais conceitos que envolvem o conteúdo, o âmbito da disciplina e de organização para a profissão, ou seja, o *metaparadigma* da enfermagem, são a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem (TOMEY & ALLIGOOD, 2004, p.6).

PEPLAU define “*pessoa* em termos de um homem. O homem é um organismo que vive num equilíbrio instável” (HOWK, 2004, p.428), livre e responsável pelas suas decisões (GEORGE, 2000, p. 269), influenciado pelo *ambiente* que o rodeia, isto é, pelas “forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura “ a partir das quais as crenças, os costumes e a moral são adquiridos (HOWK, 2004, p.429), e que pretende atingir o seu pleno estado de *saúde*, “uma palavra símbolo que implica um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, produtiva, pessoal e comunitária” (*Ibidem*, p.429). Assim, a *enfermagem* consiste num “processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades ” (*Ibidem*, p.428).

A realização desta especialização permitiu-me tomar consciência, de uma forma mais profunda, da razão de ser do que sou enquanto profissional de saúde, da importância da profissão que escolhi e das responsabilidades inerentes à mesma. Sinto que a reflexão sobre estas premissas, despertaram sentimentos em mim que desconhecia, vendo agora a profissão como uma missão pessoal onde as minhas responsabilidades relacionadas com o cuidar de um ser humano em relação com o outro, são extraordinariamente indispensáveis no estabelecimento do equilíbrio da pessoa na comunidade.

NIGHTINGALE (1854) na sua teoria defendia o ambiente como “todas as condições e influências externas que afectam a vida e o desenvolvimento de um organismo e que são capazes de impedir, reprimir ou contribuir para a doença (PFETTSCHER, 2004, p76).

ROY (1999) defende que a enfermagem “actua para melhorar a interacção da pessoa com o ambiente – para promover a adaptação” (PHILLIPS 2004, p.308).

ORLANDO (1961) afirma que a pessoa reage de modo diferente ao ambiente que o rodeia, seja ele físico, social ou emocional, e que as intervenções terapêuticas e de auxílio que o

enfermeiro deverá ter em conta, no âmbito do processo de enfermagem, terão de ser ajustadas às necessidades dos utentes (SCHMIEDING, 2004, p. 449-450).

ROGERS (1970) citada por CROSSAN & ROBB (1999, p. 26) refere que a principal função do enfermeiro é “Promover uma interacção sinfónica entre o ser humano e o ambiente, de forma a fortalecer a coerência e a integridade do campo humano, bem como redireccionar a padronização dos campos humanos e ambiental para uma realização de um potencial de saúde máximo”.

Cada vez mais na nossa sociedade, as forças ambientais influenciam o nosso estado de equilíbrio saudável, originando episódios de crise que poderão catapultar a pessoa para um estado de doença ou perturbação. Os doentes mentais, em fase aguda de descompensação, que cuidei em contexto profissional, as grávidas e as puérperas que intervimos no módulo I de estágio, os adolescentes referenciados para a consulta de pedopsiquiatria e os já integrados no grupo terapêutico no módulo III de estágio, são exemplo disso mesmo. A crise vivenciada por estas **pessoas**, influenciada pelo **ambiente** que as rodeia não lhes permite manter o equilíbrio desejado, afastando-se do estado de **saúde** pretendido. As relações interpessoais significativas e terapêuticas estabelecidas, permitiram de alguma forma, reaproximar estas pessoas do equilíbrio pretendido, do estado de saúde ambicionado. No âmbito das minhas intervenções o que realizei foram Cuidados de **Enfermagem**, um “cuidado excelente”, um “cuidado genuíno, (...) um compromisso e um envolvimento inerente a prática de enfermagem ” (BENNER, 2001, p194).

“Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível “ (Regulamento nº129/ 2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental).

Concordo quando PEPLAU afirma que, para existir um relacionamento interpessoal satisfatório torna-se necessário “que os enfermeiros estejam atentos às suas próprias necessidades e desenvolvam um processo de autoconhecimento, pois é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de compreendermos a nós mesmos ” (ALMEIDA; LOPES & DAMASCENO, 2005, p.209).

O auto-conhecimento permite identificar os nossos próprios sentimentos e, deste modo, melhor incorporarmos e captarmos a mensagem do outro. Desenvolver a nossa confiança e a nossa auto-estima, irá permitir o desenvolvimento das atitudes necessárias numa aliança terapêutica, o respeito, a escuta, a esperança, a coerência, a compreensão empática e a comunicação eficaz, são imprescindíveis no estabelecimento de uma relação de ajuda (PHANEUF, 2005, p. 163-181), “crucial para o cuidar transpessoal “ (NEIL, 2004, p.168).

A realização da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, os estágios, as reflexões, as aulas, o relatório, permitiram conhecer-me melhor a mim mesmo, os meus defeitos, as minhas dificuldades e as minhas potencialidades. As relações com os colegas, com os professores, com as orientadoras, os projectos de estágio, os projectos de intervenção,

os utentes, permitiram-me amadurecer como pessoa, como ser humano e como profissional de enfermagem. Sinto-me agora mais “rico” e “preenchido”, talvez pelas vivências, pelas relações, pelas aprendizagens, talvez por ter pensado no que faz sentido na vida, sinto que me encontrei no meu caminho, e que esse encontro comigo mesmo irá permitir compreender e agir melhor com o outro nas relações estabelecidas, tornando-as mais coesas, eficazes e terapêuticas. Encorajar a pessoa a enfrentar os seus medos, as suas fragilidades, as suas dificuldades, promovendo e aceitando a expressão de sentimentos, indo ao encontro com o principal objectivo do cuidado humano, no âmbito da saúde mental (STUART & LARAIA, 2002, p. 11).

A realização destes módulos de estágio foi determinante, não só pela consolidação de conhecimentos anteriores, como pela articulação dos referenciais teóricos, adquiridos ao longo desta caminhada de especialização. A experiência prática permitiu melhorar “noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria” (BENNER, 2001, p.61).

Ser competente é ser capaz, através de uma análise consciente, abstracta e analítica, de estabelecer um plano de forma segura e fundamentada para dar resposta a um problema, como também, ser “capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal da prática de enfermagem. A planificação consciente e deliberada (...) ajuda a ganhar eficiência e organização” (BENNER, 2001, p.53, 54).

Penso ter sido possível o desenvolvimento de novas capacidades e competências de relação e de intervenção psico-educativa e psicoterapêutica, no âmbito dos cuidados de enfermagem às grávidas, às puérperas e aos adolescentes.

Pretendo, num futuro próximo, com os referenciais teóricos adquiridos e a experiência prática que se me avizinha, ser capaz de deixar de me apoiar num “princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado”, compreendendo “de maneira intuitiva cada situação e [apreendendo] directamente o problema sem [me] perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (BENNER, 2001, p.58), tornando-me assim, perito em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Até lá, ainda tenho um longo caminho a percorrer no contexto da prática profissional, como especialista. A especialização vai-me dar ferramentas que me irão permitir prestar melhores cuidados aos meus utentes, promovendo a sua saúde mental, prevenindo a doença mental, diagnosticando e intervindo “perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº129/ 2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental). Mobilizar na prática clínica os saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

Com a experiência profissional e a concretização desta especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e com base no número 1 do Artigo 4º do Regulamento nº129/

2011 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental) penso ter adquirido as seguintes competências:

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

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

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

d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

A “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que tem por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão” (SILVA, 2007, p.18) constitui, o que se denomina de *Enfermagem Avançada*. A enfermagem avançada, consiste numa enfermagem autónoma, responsável, competente, consistente, científica e fundamentada, onde o *cuidar* através das *relações interpessoais* constituem a razão de ser da nossa existência profissional como enfermeiros nesta sociedade.

Como enfermeiro especialista pretendo ter uma quota-parte de responsabilidade em fazer “avançar a enfermagem”. A prática baseada na evidência na prestação de cuidados será crucial para uma enfermagem credível e de vanguarda. As relações interpessoais serão a chave de acesso ao “Core” da profissão, da sua razão de ser na sociedade, ainda muito camufladas pelas ideologias biomédicas centradas na prática avançada. O Cuidar da pessoa de forma holística, nas suas vertentes bio-psico-socio-culturais através de intervenções centradas nas necessidades da pessoa, com vista à conquista de estratégias de resiliência, constitui o futuro da enfermagem que pretendo, em que acredito e que vou lutar por ver crescer.

## 5. Conclusão

---

A realização deste estágio representou, em primeiro lugar, um desafio para comigo próprio. Um desafio na aquisição de novas capacidades e competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que de alguma forma irão determinar a qualidade da prestação de cuidados especializados daqui em diante.

Ser Enfermeiro Especialista é ser capaz de articular a prática profissional, os conhecimentos teóricos e as características pessoais para se obter resultados de grande valor humano e profissional. E ser-se-lhe reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área de sua especialidade” (n.º3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros); é estar habilitado a “Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização” (alínea I) do artigo 9.º do Decreto-lei 248/2009 de 22 Setembro – Carreira Especial de Enfermagem) dando respostas concretas, adequadas e em contexto especializado.

Ao idealizarmos o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica encontramos um profissional com um elevado grau de conhecimentos e competências distintas, favorecedoras de um profundo entendimento da pessoa e do contexto que a rodeia, capaz de agir em situação de crise de forma consciente, estruturada, fundamentada, com intervenções psico-educativas, sócio-terapêuticas e psico-terapêuticas que, segundo BENNER (2001), fazem a diferença.

Pretendi com os objectivos e as estratégias delineadas para estes módulos de estágio, a realização de intervenções autónomas de enfermagem, intervenções únicas e de exclusiva iniciativa e responsabilidade, ajustadas às necessidades identificadas e adequadas à especificidade das situações (n.º4 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

Neste sentido, realizei e implementei um projecto de intervenção de enfermagem no módulo I de estágio, onde as intervenções de enfermagem são responsáveis pelo acréscimo da qualidade de vida das grávidas, das puérperas, pela redução da probabilidade de depressão pós-parto, logo das repercussões do ponto de vista do desenvolvimento da personalidade das crianças.

No módulo III de estágio foram realizadas consultas de enfermagem de primeira vez a adolescentes e respectivas famílias e foi realizado uma actividade num grupo terapêutico de adolescentes, integrado na área da pedopsiquiatria. Intervenções realizadas em contexto psico-educativo e psico-terapêutico, responsáveis pelo desenvolvimento de competências

personais e interpessoais favorecedoras de novas e melhores relações sociais, necessárias para a obtenção de um estado pleno de saúde mental.

As intervenções de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados às grávidas, puérperas e adolescentes, foram responsáveis pela promoção da sua saúde mental, pela recuperação dos estados de crise vividos, e pela reintegração e reabilitação psicossocial necessários na obtenção de ganhos em saúde, defendido no plano nacional de saúde mental 2007-2016.

Penso ter alicerçado o conceito do real *Core* da enfermagem, o Cuidar. “ O cuidar é mais promotor de saúde do que de cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar a ciência do curar. (...) A prática do cuidar é vital para a enfermagem” (NEIL, 2004, p.169).

Os objectivos traçados para os estágios foram concretizados, assim como as estratégias delineadas. No módulo I a abertura que os profissionais do Centro de Saúde apresentaram relativamente ao projecto facilitou a sua concretização e implementação. O facto de ser uma temática pouco explorada e ainda desconhecida para alguns, acrescentou responsabilidade na pertinência das actividades por mim idealizadas, assim como expectativa nos resultados finais.

Esse desconhecimento e responsabilidade, obrigou-me a estar mais desperto, atento e motivado, o que me fez amadurecer como pessoa e profissional.

No módulo III, a orientadora constituiu um modelo importante. Como perita em saúde mental, foi uma referência no estar, no ser e no fazer.

As entrevistas de ajuda efectuadas às grávidas e puérperas, bem como as consultas realizadas e as actividades desenvolvidas com o grupo de adolescentes, foram responsáveis pelo desenvolvimento de capacidades de relação e competências de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A realização destes dois estágios permitiram-me vivenciar a realidade da profissão, a importância do nosso agir, a importância que outros, não enfermeiros dão, ao nosso agir, e o que devemos fazer para combater esta inerte realidade.

A compreensão social e definição cultural da enfermagem, irão possibilitar a melhoria dos cuidados de saúde, aumentar a qualidade de vida das pessoas integradas no seu ambiente, permitindo a obtenção de ganhos em saúde mental para todos nós.

## 6. Bibliografia

---

ALMEIDA, Vitória; LOPES, Venícios; DAMASCENO, Marta – **Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada de Barnaum**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2005. [consult. a 28-03-2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>

APOSTOLO, João Luís Alves – **O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos**. Revista Referência, II série, n.º 9, Março 2009, p. 61-67.

APÓSTOLO, Jorge. A.A. – **As Perturbações Afectivas do Pós-Parto**. Revista Referência. Coimbra. ISSN-0874-0283. Março 1999. P.13-20.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado A Perito**. Lisboa: Quarteto. 2001, 295p. ISBN 972-8535-97-X.

BÉNONY, Hervé – **O exame psicológico e clínico do adolescente**. Lisboa: Climepsi, Março de 2005. ISBN 972-796-154-1.

BORN, Leslie; PHILLIPS, Shauna Dae; ZINGA, Dawn - **Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?** Rev. Bras. Psiquiatr. 2005. P.56-64. [consult. a 28-03-2011] Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt\\_a05v27s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf)

BORSA, Juliane Callegaro; FEIL, Cristiane Friederich; PANIÁGUA, Rafeale Medeiros – **A relação mãe bebê em casos de depressão pós-parto**. 2007. [consult. a 28-03-2011] Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0384.pdf>

BOTELHO, Margarida; TAVARES, Márcio – **Prevenir a Depressão Pós-Parto: uma análise ao conhecimento existente**. Pensar Enfermagem. Vol.13. nº2. 2º Semestre de 2009.

BOTELHO, Margarida; TAVARES, Márcio – **Os Enfermeiros e... A Prevenção da Depressão Pós-Parto...** Fev 2009. [consult. a 28-03-2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeirosAPrevencaodaDepressaoPosParto.aspx>

BRITO, Isabel – **A Saúde Mental na gravidez e primeira infância**. Rev. Port. Clin Geral. Dossier: saúde mental infantil. 2009. p. 600-604.

BRUM, Evanisa Helena Maio de – **A depressão materna e as suas vicissitudes**. Psychê. Ano X. nº19. São Paulo. Set-Dez 2006. p. 95-108.

BRUM, Evanisa Helena Maio de; SHERMANN, Lígia – **O impacto da depressão materna nas interacções iniciais**. PSICO. Porto Alegre. PUCRS. v. 37. maio/ago 2006. p. 151-158.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa - **A Invisibilidade da Depressão Pós-Parto no Contexto de Equipes de Saúde da Família.** Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, Agosto 2008, p.1-7 [ Consult. a 03-08-2011] Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Cabral\\_Oliveira\\_58.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Cabral_Oliveira_58.pdf)

CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL E.P.E. – HOSPITAL D<sup>a</sup> ESTEFANEA – **Manual de integração** – Área de Pedopsiquiatria - Clínica da Juventude. Lisboa: 2010. 12 p.

CEPÊDA, Teresa; BRITO, Isabel; HEITOR, Maria João – **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde.** – Lisboa: 2006. 46p. ISBN 972-675-121-7.

CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos Existenciais-Humanistas da Relação de Ajuda.** Volume 1, Lusodidacta, 2008, 293 p. ISBN 978-989-8075-05-5.

CHALIFOUR, Jacques – **Estratégias de Intervenção.** Volume 2, Lusodidacta, 2009,301 p. ISBN 978-989-8075-215.

CHLO – **Guia de Integração para Estudantes Recém-Chegados ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.** Lisboa, 2008, 81p.

COLLINS, W. Andrews; SPRINTHALL, Norman A. – **PSICOLOGIA DO ADOLESCENTE – UMA ABORDAGEM DESENVOLVIMENTISTA.** Fundação Calouste Gulbenkian, 1994. 748 p. ISBN 972-31-0634-5.

CROSSAN, Frank; ROBB, Alna – **O papel do enfermeiro: introdução de teorias e conceitos.** Nursing. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 12, nº 133 (Maio 1999), p. 24-28.

DECRETO-LEI n.º104/98 de 21 de Abril - **Código Deontológico do Enfermeiro.**

DECRETO-LEI nº 161/96, de 4 de Setembro (alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.**

DECRETO-LEI nº248/2009, 22 Setembro: **Carreira Especial de Enfermagem na Administração Pública.**

DORNELLES, Andréia Rosana Andrade – **UMA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA COM CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMENSIA.** Universidade Federal São Carlos, São Carlos 2010, p.40 [consult. a 28-03-2011] Disponível em: [http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3253](http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3253)

FAVERO, Luciane *et all* – **Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira.** Acta. Paul. Enferm. 2009. p. 213-218. [consult. a 28-03-2011] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>.

FIGUEIRA, Patrícia; CÔRREA, Humberto; MALLOY-DINIS, Leandro & ROMANO-SILVA, Marco Aurélio – **Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo para triagem no**

**sistema público de saúde.** Rev Saúde Pública 2009; 43 (Supl. 1), 7p. [consult. A 28-03-2011]  
Disponível em: <http://www.Indufmg.com/wp-content/uploads/2009/09/DPP1.pdf>.

FRIZZO, Giana Bitencourt; PICCININI, Cesar Augusto – **Interacção Mãe-Bebé em Contextos de Depressão Materna: Aspectos Teóricos e Empíricos.** Psicologia em estudo. Maringá. v.10, nº1, 2005. p. 47-55.

GARCIA, Telma Ribeiro; NOBREGA, Maria Miriam Lima - **PROCESSO DE ENFERMAGEM: DA TEORIA A PRÁTICA ASSISTENCIAL E DE PESQUISA.** Esc Anna Nery, Ver. Enferm, 2009, março, p. 188-19 [consult. a 28-03-2011] Disponível em: [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2024.pdf)

GEORGE, J. B.- **Teorias de Enfermagem: Dos fundamentos à prática profissional.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. (p. 45-47; 268; 231;p.308-309) ISBN: 85-7307-587-2.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo – **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: um problema latente.** Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, 2009. P.516-24.

GUEDES-SILVA, Damiana; SOUZA, Marise Ramos de; MOREIRA, Vilma; GENESTRA, Marcelo – **Depressão pós-parto: prevenção e consequências.** Revista Mal-Estar e Subjectividade. Fortaleza. v.III. nº2. Set.2003. p.439-450.

GUERRA, Isabel Carvalho - **Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais.** Estoril, Principia.2007

HOWK, Chérie – Enfermagem Psicodinâmica. In TOMEY, A.M., ALLIGOOD, M.R.- **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5ª edição, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda., 2004, 697p. ISBN 972-8383-74-6

MACEDO, Kátia Neila de Freitas *et all* – **Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente.** Invest. Educ. enferm. 2006. p. 78-85. [consult. a 28-03-2011]  
Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2919/2542>

MANES, Sabina – **83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupos.** Lisboa: Paulus, 2007. 188p. ISBN 978-972-30-1252-1.

MARCELI, Daniel; BRACONNIER, Alain – **As Mil Faces da Adolescência.** 1ª edição, Lisboa: Climepsi Editores, 2000, 219p. ISBN 972-8449-56-9

MARCELI, Daniel; BRACONNIER, Alain – **Adolescência e Psicopatologia.** Lisboa: Climepsi Editores, 2005, 660 p. ISBN: 972-8449-86-0

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde.** - Lisboa: DGS, 2006. 46 p. ISBN: 972-675-121-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016** (*Resumo Executivo*). Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Lisboa, 2008. 56 p. ISBN: 978-989-95146-6-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental – **Saúde mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa, 2009. 52p.

MITCHELL, Gail J. – Rosemarie Rizzo Parse – **Tornar-se Humano**. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004., p. 602 ISBN 972-8383-74-6.

MUSSI, F., Carneiro – **Conforto: Revisão de Literatura**. Revista da. Esc. Enf. USP. [S.L.] ISSN: 0080-6234. 30: 2, (Agos., 1996), p. 254-266. [em linha]. [consulta 2009-11-11] Disp. em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/344.pdf>. 1.10.07

NEIL, Ruth – **Filosofia e Ciência do Cuidar**. In TOMEY, A.M., ALLIGOOD, M.R.- **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª edição, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda., 2004, 697p. ISBN 972-8383-74-6

PFETTSCHER, Susan A. – **Enfermagem Moderna**. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p.73-84.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3 p.163-181.

PHILLIPS, Kenneth – **Modelo de Adaptação**. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, p. 308.

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

SCHMIEDING, Norma – **Teoria do Processo de Enfermagem**. In TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R - **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6, p. 449-450.

SILVA, Abel Paiva – **“ENFERMAGEM AVANÇADA”:** UM SENTIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO E DA DISCIPLINA. Revista Servir, Vol. 55, n.º 01-02, Janeiro-Abril 2007, p.11-20.

SILVA, Elda Terezinha; BOTTI, Nadja Cristiane Lappan - **DEPRESSÃO PUERPERAL – UMA REVISÃO DE LITERATURA**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 02, p. 231 - 238, 2005. [consult. em 28.03.2011] Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/revisao\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/revisao_01.htm)

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFELL, Marialda Moreira; FERNANDÉZ, Ana Maria; SANTOS, Ines Maria Menezes dos – **A Importância da Interação Mãe-Bebé no Desenvolvimento Infantil: a atuação da enfermagem materno-Infantil**. R. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro. Out/dez 2006. p.606-612.

SILVA, M.G. da - **A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente**. Rev.latin-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n.º 1, Janeiro 1998, p. 27-31. [consult. em 28.03.2011] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13918.pdf>

SOUSA, Eunice V.V. – **Depressão Pós-Parto Numa Perspectiva Preventiva**. Nursing. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Nº214. Out.2006. 16ªEd. p. 10-12.

STUART, G.; LARAIA, M. - **Enfermagem Psiquiátrica** 4ª ed.. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002. ISBN: 85-87148-62-1, p. 3-30.

TAYLOR, Cecelia – **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 89-111.

TEIXEIRA, Geovana Ferreira – **Depressão Materna e sua Repercussão na Relação Inicial Mãe-Bebé**. Contemporânea-psicanálise e transdisciplinaridade. Porto Alegre. nº2. Abr/Mai/Jun 2007 .

TOMEY, Ann M; ALLIGOOG, Marha R. – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** 5ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. ISBN: 972-8383-74-6.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – INSTITUTO DE CIÊNCIAS DE SAUDE – **Mestrado em enfermagem de natureza profissional: Regulamento geral. Objectivos e competências a desenvolver**. Lisboa: 2009. 14p

VINOGRADOV, Sophia; YALOM, Irving D. – **manual de PSICOTERAPIA DE GRUPO**. Porto Alegre, 1992. 215 p.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda., 2002, Loures, p.170 ISBN: 972-8383-33-9

***ANEXO I***

***FOLHETO INFORMATIVO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO***

---



**NÃO DESEPERE!  
NÃO SE CULPABILIZE!**

A maternidade é um acontecimento que exige um enorme esforço de adaptação por parte da mulher e que pode transformar o pós-parto num período de grande vulnerabilidade emocional!

Se identificar os sintomas descritos, procure o Enfermeiro de Saúde Materna do seu Centro de Saúde, que a **aconselha e orienta**, no tratamento mais adequado.

Folheto elaborado pelo En.º Luís Reis  
(No âmbito do curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria)

Ministério da Saúde  
Centro de Saúde - Cacém

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO**  
Centro de Saúde do Cacém

# DEPRESSÃO PÓS-PARTO



## O QUE É?

É uma doença do humor, um episódio depressivo com alterações emocionais, físicas e comportamentais e que afecta tanto a saúde da mãe como o desenvolvimento do seu filho, tendo um impacto negativo ao nível sócio-familiar.

## QUAL A SUA ORIGEM?

Existem vários factores que poderão estar na sua origem, nomeadamente:

- **BIOLÓGICOS**  
Resultantes da grande variação nos níveis das hormonas, estrogéneo e progesterona, provocando alterações do humor;
- **PSICOLÓGICOS**  
Têm origem nos sentimentos conflituosos da mulher em relação:
  - a si mesma, como mãe
  - ao bebé
  - ao companheiro
  - a si mesma, como filha de sua própria mãe
- **OBSTÉTRICOS**  
Relacionados com o parto
- **CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÓMICAS E FAMILIARES**

## COMO SE MANIFESTA?

Manifesta-se através de um conjunto de sintomas, que incluem:

- Tristeza intensa;
- Angústia;
- Irritabilidade;
- Baixa de auto-estima;
- Pessimismo;
- Alterações da memória;
- Choro frequente;
- Sentimentos de desamparo, desespero e de culpa;
- Fadiga e perda de interesse por coisas que antes lhe davam prazer;
- Transtornos alimentares e do sono;
- Sensação de ser incapaz de lidar com novas situações;
- Dificuldades em estabelecer relações afectuosas com o bebé;
- Ideias suicidas.

## COMO SE TRATA?

O tratamento poderá ser farmacológico, psicológico e de aconselhamento.

A Depressão pós-parto não deve ser confundida com um sentimento de tristeza após o parto ("blues" pós-parto) que afecta cerca de 50% a 70% das mães, habitualmente entre o 4º e o 10º dia após o parto, considerado como um período normal de ajustamento à maternidade e paternidade, um período transitório de instabilidade emocional.

## QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS?

A depressão pós-parto representa um grave problema de saúde pública, afecta o sistema familiar, o bem-estar da mãe, o desenvolvimento e a educação saudável do bebé. As suas consequências mais graves poderão ser o suicídio materno e o infanticídio (matar o bebé)

***ANEXO II***

***POSTER INFORMATIVO SOBRE DEPRESSÃO PÓS-PARTO***

---

# DEPRESSÃO PÓS-PARTO



## NÃO DESESPERE! NÃO SE CULPABILIZE!

A Depressão pós-parto é uma doença do humor, com alterações emocionais, físicas e comportamentais, que afecta tanto a saúde da mãe como o desenvolvimento do seu filho.

Habitualmente manifesta-se 6 semanas após o parto e pode apresentar sintomas como:

- TRISTEZA INTENSA • ANGUSTIA • IRRITABILIDADE • BAIXA DE AUTO-ESTIMA • PESSIMISMO • ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA • CHORO FREQUENTE • SENTIMENTOS DE DESAMPARO, DESESPERO E DE CULPA • FADIGA E PERDA DE INTERESSE POR COISAS QUE ANTES LHE DAVAM PRAZER • TRANSTORNOS ALIMENTARES E DO SONO • SENSAÇÃO DE SER INCAPAZ DE LIDAR COM NOVAS SITUAÇÕES • DIFICULDADES EM ESTABELECEER RELAÇÕES AFECTUOSAS COM O BEBÉ • IDEIAS SUICIDAS



Se identificar os sintomas descritos, procure o Enfermeiro de Saúde Materna do seu Centro de Saúde, que a aconselha e orienta, no tratamento mais adequado.

***ANEXO III***

***QUESTIONÁRIO PARA AS MÃES***

***ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO***

---



Centro de Saúde do Cacém

## **Questionário para as mães**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Idade do bebé:** \_\_\_\_ *semanas*

## **Dado que teve um bebé há pouco tempo gostaríamos de saber como se sente.**

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.

### **Nos últimos 7 dias:**

#### ***1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.***

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

#### ***2. Tenho tido esperança no futuro.***

Tanta como sempre tive

Menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

#### ***3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.***

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

**4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.**

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

**5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.**

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

**6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.**

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

**7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.**

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

**8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.**

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

**9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.**

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

**10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.**

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunca

Obrigado

## **Escaia de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Idade do bebé: \_\_\_\_\_

Pontuação: \_\_\_\_\_

Aplicador da escaia: \_\_\_\_\_

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

### **Escaia de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)**

*In:* PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde.

Promoção Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. – Lisboa: DGS, 2006. -46p.

***ANEXO IV***

***MODELO DE ENTREVISTA PÓS NATAL***

---

## MODELO DE ENTREVISTA PÓS-NATAL

### Introdução

- Cumprimente a mãe de forma cortês e calorosa.
- Apresente-se, dizendo o seu nome e cargo que desempenha.
- Envolve-se numa conversa neutra e agradável, propícia ao relaxamento e conhecimento mútuo.
- Explique a finalidade da entrevista/consulta.

Comece, só então, a colher as informações necessárias.

O bebé deve estar presente e deve ser promovida a interacção mãe-bebé.

### I – O NASCIMENTO

#### **1 – Como foi o nascimento?**

Encoraje a mãe a falar sobre o nascimento, a dizer como se sentiu e se houve alguma complicação.

### II – SAÚDE PSICOLÓGICA

#### **2 – Como se sente agora com o seu bebé?**

Sentimentos positivos – reforce-os e encoraje a mãe a partilhá-los com o seu companheiro e outros membros da família.

Sentimentos negativos – encoraje a mãe a falar sobre eles com o pai da criança.

### **“Falou dos seus sentimentos com o pai do bebé?”**

Se houver problemas de comunicação no casal, ofereça à mãe um modelo de comunicação, sugerindo-lhe que fale mais dos seus sentimentos:

### **“Pode falar-me mais sobre os seus sentimentos?”**

Prepare-se para receber os sentimentos negativos da mãe, contendo-os e não fazendo juízos de valor.

Prepare-se para lidar com os sentimentos negativos mais frequentes, tais como:

- Medos ou sentimentos de culpa a respeito da saúde física ou mental da criança e o seu desenvolvimento futuro;
- Sentimentos de incompetência ou dúvida acerca de ser uma “boa mãe”;
- Sentir-se negligenciada ou abandonada pelos outros;
- Sentir-se extremamente tensa, irritada, sem ajuda, desesperada ou vazia.

Compreenda o conteúdo dos sentimentos negativos e para quem são dirigidos:

- à própria (o seu papel como mãe, insegurança, confusão, sentimentos de vazio, etc...)
- à criança (“ele(a) é um bebé difícil”)
- ao exterior (a família, instituições médicas ou sociais)

Utilize as intervenções seguintes para gerir as dificuldades acima mencionadas:

- Encoraje a mãe a pensar no desenvolvimento da criança e nos modos de cuidar dela, fornecendo informações relevantes acerca disso e, se necessário, dando suporte à sua função materna;
- Encoraje a mãe a partilhar os seus sentimentos com o companheiro e outros membros da família, procurando o suporte necessário;
- Se necessário, ajude a mãe a conseguir o apoio psicológico ou social especializado.

Esteja particularmente atento(a) às mães deprimidas (desesperadas, sem ajuda, indiferentes, vazias) ou muito ansiosas.

### III - RESPOSTA E SUPORTE DA FAMÍLIA

#### **3 – Como é que a chegada do bebé afectou os outros membros da família?**

##### **Como foi a reacção do pai da criança?**

Reacções / mudanças positivas – reforce-as.

Reacções/mudanças negativas – encoraje a mãe a expor as suas respostas e a explorar possíveis soluções (por exemplo: partilhar os cuidados ao bebé, as tarefas domésticas, passarem mais tempo juntos).

Pergunte sobre reacções, positivas ou negativas, de outros membros da família:

##### **“Como foi a reacção dos outros fi lhos?”**

(ciúmes, fazer mal, etc...)

##### **“E os avós?”**

Encoraje o envolvimento de outros membros da família com o novo bebé.

### IV – PREOCUPAÇÃO DA MÃE COM O BEBÉ

#### **4 – O que acha do desenvolvimento do bebé e do seu bem-estar?**

Respostas positivas – reforce-as.

Respostas negativas – explore as preocupações, perguntando:

##### **“Pode-me explicar melhor a sua preocupação?”**

Se achar adequado, pode fornecer mais informação sobre o desenvolvimento da criança, o que poderá ajudar a conter a ansiedade da mãe.

Encoraje-a a falar sobre as suas preocupações com o pai do bebé.

##### **“Já discutiu esse assunto com o pai do bebé? O que é que ele sente sobre isto?”**

Incentive a mãe a procurar possíveis soluções com o seu parceiro:

**“O que é que o seu companheiro pensa que poderá ser feito para melhorar o bem-estar do bebé?”**

Se o casal antever alguma solução, reforce-a.

Se nenhuma solução for encontrada (ou se o companheiro não compreender), encoraje a mãe a discutir a situação consigo e, se necessário, a procurar ajuda adicional

(por exemplo, do clínico geral).

## **V - PERCEÇÃO DA MÃE SOBRE O SEU BEBÉ**

### **5 – Como é o seu bebé?**

Se a imagem for positiva, reforce-a.

Se a imagem for negativa, tente identificar a área de dificuldades, perguntando:

**“Em que área é que o seu bebé tem mais dificuldade?”**

Neste período (0-3 meses), os pais geralmente sentem que o seu bebé é difícil, pela dificuldade que este tem em estabelecer os ritmos fisiológicos (alimentação, sono, padrões de despertar) ou pelas próprias dificuldades na comunicação com o filho. Estas áreas devem ser sempre exploradas de acordo com a resposta a esta questão. Esteja particularmente atento às mães que têm uma percepção negativa acentuada acerca do bebé.

As preocupações devem ser discutidas em supervisão e, se necessário, pedir consultadoria a um especialista (ex. pedopsiquiatra).

## **VI - INTERACÇÃO MÃE-CRIANÇA**

### **6 – Como alimenta o seu bebé (amamentação/ alimentação a biberão)?**

Se esta questão não tiver sido discutida no primeiro contacto pós-natal, perguntar:

**“Como é que a alimentação tem decorrido?”**

Encoraje o contacto próximo entre a mãe e o bebé durante a alimentação (como o envolve, se há contacto olhos nos olhos e quais são os padrões de alimentação/ pausas).

**7 – Quantas vezes alimenta o seu bebé?**

Avalie a rigidez/flexibilidade dos horários e intervalos das refeições, se os padrões são impostos pelos pais, etc.

**8 – O que pensa o seu companheiro acerca disto?**

Se há dificuldades, explore as soluções que a mulher já considerou, etc.

**9 – Como é o sono do bebé (durante quanto tempo, quando, qual é o padrão)?**

Se a mãe falar de dificuldades acerca do sono do seu bebé, encoraje-a a discutir as suas expectativas e, se necessário, a pensar acerca das soluções possíveis:

**“O que é que pensa que poderá ajudar o seu bebé a dormir? Já tentou encontrar alguma solução?”**

Encoraje a mãe a procurar soluções com o seu parceiro e outros membros da sua família.

## **VII - COMUNICAÇÃO MÃE- FILHO**

**10 – Consegue dizer, pelo choro do seu bebé, se ele está zangado? É diferente do choro que tem quando está simplesmente desconfortável ou quando está doente?**

Se necessário, encoraje a mãe a ter mais atenção aos diferentes significados dos sinais do bebé (i.e. chorar à noite) e a mostrar, pela sua resposta, que percebeu o significado da mensagem do bebé.

**“Provavelmente, vai perceber que o choro do seu bebé tem diferentes significados.”**

**“Com a sua resposta, pode mostrar-lhe que percebeu a sua mensagem.”**

**11 – Passa algum tempo a falar com o seu bebé? Fale-me acerca disso (Ex.**

**Quando? Onde? Como?)**

**“Acha que isso é importante?”**

**VIII - OS RECURSOS EMOCIONAIS DA MÃE PARA COM A CRIANÇA**

**12 – O seu bebé chora de tal forma que é difícil confortá-lo ou acalmá-lo?**

Encoraje a mãe a dar-lhe uma descrição detalhada do que acontece. Por exemplo, pode aprofundar a questão com:

**“Fale-me acerca da última vez e diga-me o que é que faz quando isso acontece?”**

O objectivo destas perguntas é o de mostrar quando é que a mãe é capaz de conter a angústia/aflição da criança, e deixá-la expressar-se, ou quando tem dificuldades de contenção (por exemplo, quando a mãe reage com confusão, pânico ou ignorando a criança).

Se a capacidade da mãe para conter a angústia/aflição é considerada baixa, encoraje-a a procurar apoio noutros membros da família, em primeiro lugar no marido/companheiro/pai do bebé:

**“Há mais alguém por perto que possa ajudar?”**

Explore e discuta algumas actividades que podem ter um efeito calmante ou facilitador.

Tenha sempre o cuidado de assegurar que a mulher não fica com uma sensação de incapacidade/falha – alguns bebés choram muito e são difíceis de confortar.

Dê uma atenção especial às mães que apresentem indiferença ou uma rejeição evidente da criança aflita/angustiada (ex. “Eu odeio-a”). Se necessário, deve encaminhá-la para uma consulta especializada.

## **IX - SITUAÇÃO FINANCEIRA**

**13 – A última vez que nos encontramos você pensou que podiam (ou não) existir problemas financeiros. Como é que está a situação agora?**

## **X - SITUAÇÃO DA HABITAÇÃO**

**14 – A última vez que nos encontramos você estava (não estava) a ter problemas na habitação. Como é que está a situação agora?**

## **XI - ACONTECIMENTOS DE VIDA**

**15 – Da última vez você disse que lhe tinha acontecido X (acontecimento de vida importante). Como é que se sente agora em relação à situação? e/ou**

**Aconteceu-lhe alguma coisa ainda mais importante que o nascimento do bebé desde a última vez que nós falámos?**

## **XII – CONCLUSÃO**

**16 – Há mais alguma coisa que gostaria de mencionar?**

É importante terminar a entrevista de uma forma adequadamente calorosa e positiva, reconhecendo que foram discutidas dificuldades e ansiedades e identificadas soluções, apoios ou forças (pontos fortes). Um pequeno resumo de alguns dos pontos importantes pode ser útil, terminando com comentários genuínos de incentivo para a mãe.

Mostre boa vontade/disponibilidade para voltar a falar nos assuntos apresentados e combine a marcação da próxima visita.

## ***ANEXO V***

### ***GUIA DE OBSERVAÇÃO DE INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ***

---

## **Guia de Observação da Interação Mãe-Bebé**

A observação da interação mãe-bebé é uma base importante para o diagnóstico, tendo um duplo objectivo:

- Preventivo - os distúrbios da interação antecedem o aparecimento de sintomas no bebé nomeadamente repercussões sobre o seu desenvolvimento global;
- Terapêutico - permitir (ver e ouvir) que a mãe verbalize os seus sentimentos, mesmo intervindo pouco (o aconselhável) pode ser altamente terapêutico (situações ligeiras a moderadas).

### **Três níveis de interação observáveis:**

#### 1) Interação comportamental (ou real):

- ✚ Comportamentos corporais, visuais e vocais;
- ✚ Forma como a mãe segura, manipula e toca o seu bebé e como este molda o seu corpo de modo a se adaptar;
- ✚ Tónus do bebé / tensão ou relaxamento muscular da mãe;
- ✚ Contactos físicos (pele);
- ✚ Contacto ocular (olhar, mímicas);
- ✚ Vocalizações do bebé (gritos, choro), discurso da mãe.

#### 2) Interação afectiva (ou emocional):

- ✚ Tonalidade afectiva global existente na díade (ansiosa, tensa, hostil, irritável, afável, prazer, bem-estar, tristeza, aborrecimento, indiferença, insegurança, recusa).
- ✚ Qualidade da reciprocidade (sincronia, interação desarmoniosa, capacidade dos pais em acalmarem o bebé, capacidade dos pais em introduzirem interdições adequadas, resposta do bebé à frustração, capacidade de desenvolverem ciclos de comunicação cada vez mais prolongados e complexos).

#### 3) Interação fantasmática:

- ✚ Dimensão intra-psíquica manifestada através da observação das sequências interactivas (comportamentos do bebé suscitam reacções da mãe e vice-versa)
- ✚ Discurso da mãe ao longo da interação (surtem habitualmente aspectos relacionados com a transgeracionalidade- infância da mãe)
- ✚ Dimensão da sequência da interação ao longo da observação (impressão geral do observador)

Revela quais as representações mentais dos pais sobre o bebé e conseqüentemente como será estabelecido o padrão de apego a ser desenvolvido pelo bebé.

As interacções fantasmáticas estão relacionadas com os aspectos imaginários (pré-conscientes) e os fantasmáticos (inconscientes) da mãe.

#### Papel do profissional:

- Profissional como fomentador dos aspectos positivos da interacção, valorizando os comportamentos do bebé:

- ✚ Mímica e respostas faciais;
- ✚ Interesse do bebé por rostos conhecidos;
- ✚ Atenção quando ouve a voz da mãe;
- ✚ Resposta do bebé à linguagem do adulto;
- ✚ Tonus muscular do bebe;
- ✚ Resposta do bebé às diferentes actividades (ser pegado, alimentado, mudado);
- ✚ Observação do humor do bebé.

- Explorar cada etapa da interacção pais-criança:

- ✚ As observações actuais dos pais sobre o bebé
- ✚ O significado atribuído pelos pais ao que observam
- ✚ As acções, reacções e respostas dos pais
- ✚ Pensamentos dos pais sobre a relação entre eles próprios e o bebé
- ✚ Ideia dos pais acerca da experiência vivida do ponto de vista da criança

- Oferecer conhecimentos e ideias com cuidado

- Empatizar com as observações dos pais

- Observar as características dos investimentos maternos, identificações e projecções maternas

- Valorização da contra-transferência (percepção dos afectos emoções)

- Implementar novas atitudes e mudanças (podem dar ao bebé novas experiências e novas respostas comportamentais)

- Trabalhar lado a lado com os pais, ao seu ritmo, encorajando e validando as suas ideias

### Repercussões da depressão pós-parto na interacção mãe-bebé:

#### *Sentimentos maternos:*

- Incompetência, insatisfação e insegurança no desempenho das funções maternas
- Ligação mais frágil à criança
- Tendência a descrever a criança como difícil
- Predomínio dos afectos negativos

#### *Reacções maternas:*

- Distanciamento emocional, alheamento, falta de estimulação
- Comportamentos intrusivos, sobre-estimulação desadequada

#### *Características da interacção:*

- Diminuição da atenção, empatia, resposta afectiva, actividade e espontaneidade da mãe para o bebé
- Períodos de interacção mais curtos e espaçados, vocalizações mais escassas
- Bebé tenta animar a mãe
- Mãe não responde. Bebé procura outras fontes de estímulo e interesse no meio
- Bebé desiste da interacção- comportamento depressivo do bebé

#### *Comportamento do bebé:*

- Predomínio dos afectos negativos (protestos, raiva, tristeza)
- Diminuição do interesse e exploração do meio, vocalizações e nível de actividade
- Distanciamento físico do olhar
- Aparência depressiva

- Desorganização comportamental (alimentar, sono)

*Consequências sobre o desenvolvimento:*

- Maior risco de problemas emocionais e do comportamento (birras)
- Maior risco de perturbações do desenvolvimento cognitivo (dificuldades de aprendizagem)
- Diminuição das competências sociais (tendência para o isolamento)

Não há um efeito directo e linear da psicopatologia materna sobre o bebé:

- Importância de “terceiros” na mediação da relação mãe-filho
- “*Still face*” – possível modelo sobre as consequências da depressão materna no bebé
- Bebés de mães deprimidas mais habituados ao comportamento da mãe (*Still face*) e têm um estilo de comunicação “depressivo” (T. Field, 1992)

***ANEXO VI***

***FOLHA DE REGISTOS DE ENFERMAGEM***

---

Vinheta da Utente

**Registos de Enfermagem**

**Ensinos**

Data:				
Edemas				
Varizes				
Dentes Cariados				
Vestuário				
Apetite				
Algias				
Náuseas				
Vómitos				
Cefaleias				
Azia				
Prurido				
Alt. Urinárias				
Obstipação				
Perdas hemáticas				
Ansiedade				

Data:				
Alimentação				
Vestuário				
Higiene				
Vacinação				
Sono/ Repouso				
Desconfortos				
O que levar para o hospital.				
Vantagens leite materno				
Diagnóstico Pré-natal				
Planeamento Familiar				

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Revisão do Puerpério**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data Parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tipo de Parto: \_\_\_\_\_

RN: Sexo: \_\_\_ Peso: \_\_\_

Mãe: Peso: \_\_\_ TA: \_\_\_\_\_

Aleitamento Materno \_\_\_\_\_

Contraceção: \_\_\_\_\_

Desconfortos: \_\_\_\_\_

Relações Sexuais: \_\_\_\_\_

Depressão Pós-Parto: \_\_\_\_\_

EPDS: \_\_\_\_\_

(Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo)  
 ≥ 12 – Probabilidade de depressão

Consulta  
de referência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Consulta  
de DPN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Amniocentese: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ecocardiograma  
Fetal: SIM \_\_\_ Não \_\_\_

Consulta  
Alto risco: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

***ANEXO VII***

***SESSÃO DE ESCLARECIMENTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA  
UCSP E UCC - OLIVAL-CACÉM***

---

# DEPRESSÃO PÓS - PARTO

## O que é?



*É um episódio depressivo com alterações emocionais, físicas e comportamentais que afecta tanto a saúde da mãe como o desenvolvimento do seu filho, tendo um impacto negativo ao nível sócio-familiar.*

## Qual a sua origem?



## Quando se manifesta?

As manifestações da depressão pós-parto aparecem, habitualmente, **6 semanas** após o parto, afectando cerca de **1 em cada 7 mulheres** (15% das puérperas).

Os sintomas poderão persistir por mais de um ano, quando não identificados e tratados adequadamente.

## Como se manifesta?

- Tristeza intensa;
- Angústia;
- Fácies triste e inexpressivo;
- Irritabilidade;
- Ansiedade;
- Isolamento social;
- Baixa de auto-estima;
- Pessimismo;
- Alterações da memória;
- Choro frequente;
- Sentimentos de desamparo, desespero e de culpa;
- Fadiga e perda de interesse por coisas que antes lhe davam prazer;
- Redução da libido;
- Transtornos alimentares e do sono;
- Sensação de ser incapaz de lidar com novas situações;
- Dificuldades em estabelecer relações afectuosas com o bebé;
- Rejeição do bebé;
- Ideias suicidas.



## Depressão Pós-Parto vs “Blues Pós-Parto”

“Pode ser definido como um síndrome afectivo ligeiro que se manifesta frequentemente em 39 a 85% das mulheres que dão à luz, com a duração de algumas horas até vários dias, podendo estender-se eventualmente até à segunda semana do período pós-parto.”

Tavares, 1990, p.30

## Depressão Pós-Parto vs “Blues Pós-Parto”

Considerado como um período normal de ajustamento à maternidade e paternidade, um período transitório de instabilidade emocional.

### Sintomas

- Irritabilidade;
- Choro fácil;
- Labilidade emocional;
- Ansiedade;
- Insónia;
- Pessimismo;
- Sentimentos de incapacidade e desespero.

## Qual o tratamento?

### Farmacológico

- Antidepressivos (ex. Paroxetina)

### Psicológico

- Terapia cognitiva;
- Terapia cognitiva – comportamental;
- terapia relacional mãe-filho.

### Aconselhamento

- Relação de ajuda (entrevistas de ajuda; visitas domiciliárias)

## Consequências...

- Representa um grave problema de saúde pública;
- Afecta o sistema familiar, o bem-estar da mãe, prejudicando de uma forma geral as suas capacidades de mulher como esposa, mãe e profissional;
- Prejudica o desenvolvimento e a educação saudável do bebé;
- As suas consequências mais graves poderão ser o **suicídio materno** e o **infanticídio**.

## Consequências da depressão materna no desenvolvimento da criança

“(...) o comportamento de mães deprimidas tende a influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a depressão materna pode afectar profunda e amplamente a vida das crianças, influenciando notavelmente na natureza, frequência e recorrência de desordens infantis e gerando consequências adversas através da infância até o limiar da idade adulta.”

(Radke-Yarrow, 1998)

## Consequências da depressão materna no desenvolvimento da criança

Ocorrência de alterações de comportamento, afectivas, cognitivas e sociais, bem como a alterações da actividade cerebral da criança.

Alterações no processo de vinculação mãe bebé poderá resultar como consequência, na criança:

- Perturbações de desenvolvimento
- Perturbações afectivas
- Perturbações da personalidade

## Prevenção da Depressão Pós-Parto

“A possibilidade dos casais serem acolhidos de uma forma empática por profissionais dos cuidados de saúde primários, que ouçam as suas dúvidas e receios, lhes reconheçam e valorizem as competências, ao longo da gravidez e primeiros tempos de vida da criança, mantendo sempre uma *continuidade relacional*, é dos suportes mais efectivos para a família e garante o desenvolvimento psico-afectivo da criança com repercussões no seu futuro.”

(BRITO,2009)

## Prevenção da Depressão Pós-Parto

O Enfermeiro é “ (...) o profissional que na área da Saúde Materna e Infantil se encontra em melhor posição para intervir precocemente neste tipo de situações (...). Uma intervenção ajustada permite atenuar ou resolver estas situações (...)”

(APÓSTOLO, 1999)

**A Saúde Mental é uma componente fundamental da saúde humana, portanto, promovê-la é um dos objectivos dos profissionais envolvidos no cuidado humano, ou seja, do Enfermeiro.**

## Prevenção da Depressão Pós-Parto Intervenção do Enfermeiro

### No período pré-natal


**Identificação das necessidades dos conjugues, avaliando a presença de factores de vulnerabilidade de depressão pós parto, bem como, factores de risco perturbadores da gravidez:**

- Gravidez não planeada, não desejada e não aceite;
- Gravidez de alto risco;
- Malformações do feto;
- Morte de um familiar próximo durante a gravidez;
- Patologia psiquiátrica;
- IVG;
- Morte *in utero*;
- Partos prematuros;
- Violência doméstica;
- Isolamento social da grávida;
- Pais adolescentes;
- Relações familiares perturbadas.




## Prevenção da Depressão Pós-Parto

### Intervenção do Enfermeiro

#### No período pós-natal

- Observação atenta da mãe, identificando precocemente os sinais e sintomas indicadores de perturbação 

*A mulher sente-se culpada pelos seus sentimentos e esconde o seu estado depressivo!*

- Estabelecer uma relação/ comunicação de qualidade com a mãe 
- Observação atenta da interação mãe-filho 
- Aplicação da Escala de Depressão Pós parto de Edimburgo, como instrumento complementar de determinação de probabilidade de Depressão Pós Parto 



## 2 - Estabelecer uma relação/comunicação de qualidade com a mãe

Características que o enfermeiro deve ter em conta para estabelecer uma relação de confiança com a mãe:

- Estar presente
- Escutar atentamente
- Não julgar
- Reconhecer o valor e a autonomia da mãe
  
- Respeito
- Aceitação
- Empatia
- Autenticidade
- Confrontação



### 3 - Observação atenta da interacção mãe-filho

“A qualidade na interacção é essencial para um desenvolvimento harmonioso do bebé (...)”

(APÓSTOLO,1999)

O estado depressivo da mãe pode acarretar repercussões negativas nas primeiras interacções com o bebé e, conseqüentemente, no desenvolvimento da parentalidade, uma vez que as interacções que se estabelecem entre bebés e mães deprimidas se caracterizam por um menor nível de actividade e sincronia do que aquelas estabelecidas na ausência dos sintomas da depressão materna.

Ordem dos Enfermeiros

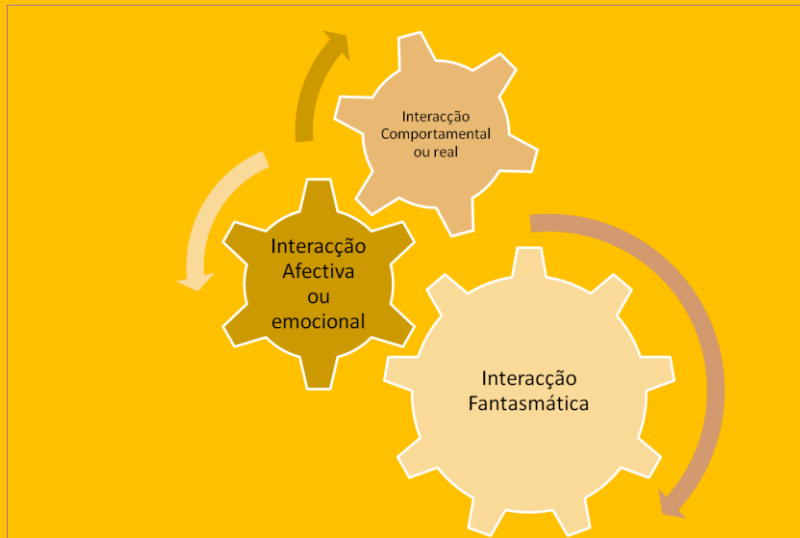
## Interacção Mãe-Filho

A observação da interacção mãe-filho é uma base importante para o diagnóstico, tendo um duplo objectivo:

**Terapêutico** - permitir (ver e ouvir) que a mãe verbalize os seus sentimentos, mesmo intervindo pouco (o aconselhável) pode ser altamente terapêutico (situações ligeiras a moderadas).

**Preventivo** - os distúrbios da interacção antecedem o aparecimento de sintomas no bebé, nomeadamente, repercussões sobre o seu desenvolvimento global;

## Interacção Mãe-Filho



## Interacção Mãe-Bébé

### **Interacção comportamental (ou real):**

- Comportamentos corporais, visuais e vocais;
- Forma como a mãe segura, manipula e toca o seu bebé e como este molda o seu corpo de modo a se adaptar;
- Tónus do bebé / tensão ou relaxamento muscular da mãe;
- Contactos físicos (pele);
- Contacto ocular (olhar, mímicas);
- Vocalizações do bebé (gritos, choro), discurso da mãe.

### **Interacção afectiva (ou emocional):**

Tonalidade afectiva global existente na díade (ansiosa, tensa, hostil, irritável, afável, prazer, bem-estar, tristeza, aborrecimento, indiferença, insegurança, recusa).

Qualidade da reciprocidade (sincronia, interacção desarmoniosa, capacidade dos pais em acalmarem o bebé, capacidade dos pais em introduzirem interdições adequadas, resposta do bebé à frustração, capacidade de desenvolverem ciclos de comunicação cada vez mais prolongados e complexos).

### **Interacção fantasmática:**

Dimensão intra-psíquica manifestada através da observação das sequências interactivas (comportamentos do bebé suscitam reacções da mãe e vice-versa)

Discurso da mãe ao longo da interacção (surtem habitualmente aspectos relacionados com a transgeracionalidade- infância da mãe)

Dimensão da sequência da interacção ao longo da observação (impressão geral do observador)



## Escala de Depressão Pós parto de Edimburgo

### Aplicação

**Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.**

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.

1. *Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.*
2. *Tenho tido esperança no futuro.*
3. *Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.*
4. *Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.*
5. *Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.*
6. *Tenho sentido que são coisas demais para mim.*
7. *Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.*
8. *Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.*
9. *Tenho-me sentido tão infeliz que choro.*
10. *Tive ideias de fazer mal a mim mesma.*

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.  
As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).  
Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.  
Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.  
A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.



## A realidade...

“Depressão Pós-Parto é ainda uma patologia sub-valorizada pela maioria dos profissionais de saúde, e que, não sendo tratada, pode acarretar efeitos adversos, quer para a mãe e para a sua relação com as pessoas mais próximas, quer para o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico da criança.”

Ordem dos Enfermeiros

“(…) é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a depressão materna e seu possível impacto no desenvolvimento infantil, diagnosticando e posteriormente encaminhando estas mães e seus bebés para profissionais de saúde mental, diminuindo, assim, a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento da criança.”

(Brum & Schermann, 2006)

“Neste sentido, há que desenvolver programas que incluam prevenção, educação e informação (...)”

Ordem dos Enfermeiros

## O que temos feito...o que poderemos fazer mais...

- **Consulta de Saúde Materna:**

- Observação atenta da mãe;
- Estabelecimento de uma relação de confiança com a mãe;
- Observação interação mãe-filho;
- Aplicação da escala de depressão pós parto de Edimburgo (Questionário para as mães);
- Entregue o folheto informativo as mães sobre a Depressão Pós-Parto;
- Poster informativo na sala de espera sobre a depressão pós parto;
- Após análise dos resultados da escala é contactada a puérpera e programada entrevista de ajuda;
- Encaminhamento para psicóloga e assistente social.

- **Consultas de Saúde Infantil e Vacinação:**

- Observação atenta da mãe;
- Estabelecimento de uma relação de confiança com a mãe;
- Observação interação mãe-filho.

## O futuro!

Ministério da Saúde – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo (...)”  
garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde.

nº1 do artigo 11º do Dec-Lei nº28/2008 de 22 Fevereiro

# O futuro!

## Centro de Saúde

Consulta Saúde Materna, Infantil e Vacinação

- Realizar o rastreio inicial, identificando as puérperas de risco de probabilidade de depressão pós parto;
- Encaminhar as puérperas identificadas para a especialista de Saúde Mental e Psiquiatria da UCC.

## UCC

Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

- Contactar a puérpera identificada.
- Programar entrevista para uma avaliação aprofundada:
  - Acompanhamento da puérpera (entrevistas de ajuda semanais, visitação domiciliária);
  - Encaminhamento da puérpera para psicóloga, médico de família, psiquiatra.

## Análise dos resultados da aplicação da Escala de Depressão pós parto de Edimburgo

- Respondidos 18 questionários
- Sentimentos mais evidenciados
  - Ansiedade
  - Culpabilização
  - Incapacidade em lidar com novas situações
- **Identificadas 4 puérperas de risco**
- 2 puérperas recusaram, neste momento, acompanhamento psicológico referindo ter o suporte familiar necessário – **Proposta: ficam identificadas e posteriormente poderão ser novamente contactadas.**
- Acompanhadas 2 puérperas com entrevistas de ajuda semanais:
  - 2 entrevistas de ajuda (1 por semana) com 1 puérpera
  - 3 entrevistas de ajuda (1 por semana) com 1 puérpera
    - » Primeiro contacto – resultado escala - 19
    - » No fim da 3ª entrevista – resultado da escala - 10
    - » Redução de 47% de probabilidade de depressão pós parto

## Conclusão

A Intervenção de Enfermagem no âmbito da Prevenção da Depressão Pós-parto garante o aumento da qualidade dos cuidados prestados, assim como, a obtenção de ganhos em saúde.

***ANEXO VIII***

***REFLEXÃO SEMANAL MÓDULO I***

---

## **1ª Semana Estágio**

A primeira semana foi de integração ao local de estágio. Conheci a enfermeira de saúde materna, que me orientou neste módulo, conheci também as enfermeiras das respectivas especialidades e os restantes profissionais do Centro de Saúde. Fui bem acolhido pelas colegas e pelos restantes profissionais.

O projecto que apresentei foi discutido, ao nível da sua pertinência nos cuidados de saúde à população, com a enfermeira coordenadora e a enfermeira responsável pela saúde materna, que me iria orientar neste estágio.

Durante esta semana observei atentamente o papel da enfermeira de saúde materna nas consultas de enfermagem de primeira vez à grávida.

Foram discutidos e aprofundados os objectivos e as estratégias do projecto de estágio.

Através de conversas informais com a enfermeira de saúde materna surgiu a ideia de transformar a Escala de Diagnóstico de Depressão Pós-parto de Edimburgo num “Questionário para as Mães”, tornando-o num formato mais adequado, simples e fácil para as puérperas colaborarem e responderem.

Ficou combinado com a enfermeira orientadora, que numa primeira fase iria observar as consultas de puerpério e posteriormente iria realiza-las, aplicar a escala e consoante os resultados intervir/ agir em conformidade. Em relação às consultas de gravidez trabalharíamos em parceria, a enfermeira faria as consultas de gravidez e encaminharia para mim as situações problemáticas e de risco que necessitassem de intervenção no âmbito da saúde mental.

Independentemente do foco principal de estágio, dos objectivos e intervenções, ser a depressão pós-parto, não fazia sentido não acompanhar as grávidas que, eventualmente, necessitassem de acompanhamento psicológico. Estas grávidas, quando não acompanhadas de forma precoce poderão deprimir ainda na gravidez e, conseqüentemente, no período pós-parto. Pelo que a importância do seu acompanhamento, ainda no período da gravidez, é extremamente importante.

Em conversa com a enfermeira foi-me transmitido que grande parte da população não tinha conhecimento do que era a depressão pós-parto. Pela informação transmitida e a fundamentação realizada, e com o acordo da enfermeira de saúde materna e da enfermeira coordenadora, propus a realização de um folheto informativo e de um poster informativo sobre a depressão pós-parto. Ambos, com o objectivo de desmistificar esta realidade, dando a conhecer a população este processo patológico, facilitando a aproximação de ambas as partes, utente e enfermeiro, com o intuito de se trabalhar a prevenção o mais precocemente possível.

O folheto seria entregue na consulta de puerpério após a aplicação do questionário (da escala de diagnóstico de depressão pós-parto de Edimburgo), sendo este o momento mais adequado para o fazer, uma vez que esta é a altura em que podem começar a surgir os primeiros sinais e sintomas da patologia. A partir daqui poderão acontecer duas situações: se a puérpera for

posteriormente contactada por necessidade de acompanhamento, provavelmente já terá lido o folheto, e se identificou alguns sinais e sintomas, haverá uma abertura diferente que facilitará a nossa abordagem. Se por outro lado ainda não apresentar sintomatologia, ficará esclarecida e poderá posteriormente, pedir ajuda se achar necessário.

Relativamente ao poster, o objectivo seria colocá-lo na sala de espera da consulta de puerpério, para as puérperas, enquanto estiverem à espera de consulta, puderem lê-lo e se identificarem alguma da sintomatologia descrita, poderem pedir ajuda na consulta.

Se estas mães tiverem conhecimento e consciência, de que as dificuldades e sentimentos que vivenciam podem ser patológicos e que existe tratamento, mais facilmente e de forma mais espontânea pedirão ajuda aos profissionais de saúde.

Foi realizada uma primeira observação participativa de consulta de puerpério. A participação na consulta foi realizada com base em alguns itens do modelo de entrevista pós-natal, assim como, no guia de interacção mãe-filho, que me ajudou imenso nas questões colocadas e na observação da interacção. Foi identificado na puérpera um sentimento de incapacidade e insegurança relativamente aos cuidados com o filho, manifestado por sintomas de ansiedade que, sendo incontroláveis, eram transmitidos ao bebé. A puérpera confirmou verbalmente os episódios de irritabilidade, choro e alguma tensão que observara no filho. Foi prestado apoio emocional utilizando técnicas de relação de ajuda com o objectivo de dar segurança, tranquilidade e espaço para a verbalização de dúvidas e preocupações. Foi realizado ensino sobre a transmissão de sentimentos entre a mãe e o filho, assim como, reforçadas as capacidades presentes nos cuidados ao mesmo.

## **2ª Semana Estágio**

Observei uma consulta de puerpério. Foi interessante do ponto de vista da observação do comportamento e da interacção pais/filho. Veio à consulta o pai, a mãe e o bebé. A mãe participou na consulta enquanto o pai segurava o bebé ao colo, com uma atitude muito afectuosa. Notava-se que era um pai e um marido presente relativamente ao acompanhamento da mulher nesta altura de crise. A mãe apresentava um fâcies de cansaço intenso mas não apresentava sintomatologia depressiva.

Realizei uma reunião com a enfermeira coordenadora e com a enfermeira orientadora onde mostrei o folheto informativo sobre depressão pós-parto e o "Questionário para as mães". Foram propostas pequenas alterações. A coordenadora disse que gostaria que no final do estágio lhe apresentasse os resultados da aplicação da escala. Conversámos sobre a importância da utilização deste questionário nas consultas de puerpério, e com base nos resultados, perceber o peso dos sentimentos existentes na puérpera nesta altura do ciclo de vida e perante isso encaminhar para os profissionais competentes, nomeadamente, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica da UCC. Foi proposto uma reestruturação da folha de registo de enfermagem da consulta de puerpério, introduzindo um

item para ser colocado o resultado numérico da aplicação da escala, servindo de referência e de registo para futuras consultas, o que foi aceite. Na reunião foram identificadas em conjunto outras necessidades a que me propus dar resposta, nomeadamente, e ainda ao nível do esclarecimento à população relativamente à DPP, a realização e colocação de um poster informativo na sala de espera da consulta de saúde materna. O grande número de faltas às consultas de puerpério, foi também abordado como realidade a inverter. Por isso, propus-me telefonar às puérperas no dia anterior, para confirmar a consulta do dia seguinte mostrando disponibilidade e empatia, explicando a importância de não faltarem.

Fizemos mais uma consulta pós-natal. Apercebemo-nos, novamente, de algum sentimento de insegurança e preocupação relativamente aos cuidados com o bebé, em relação ao banho e à alimentação, tendo sido realizado o ensino nestas áreas o que de alguma forma tranquilizou a puérpera. Senti que às vezes “pequenos” ensinamentos podem ter uma grande importância para a mãe, reflectindo-se num sentimento de maior segurança e tranquilidade.

Foram feitas as alterações no folheto e no “Questionário para as mães”, como combinado com a enfermeira coordenadora, e reformulada a folha de Registos de Enfermagem da consulta da gravidez e puerpério, já com a introdução do item numérico da aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Esta alteração facilitará a articulação com outros profissionais de saúde, relativamente às situações de risco identificadas, uma vez que fica registado no processo clínico da utente o valor da aplicação da escala. As colegas da consulta de saúde infantil, poderão servir-se desta referência ficando mais atentas na observação da sintomatologia e da interacção mãe-filho e se for caso disso, fazerem um encaminhamento mais rápido para a UCC.

Fiz a minha primeira consulta de puerpério, realizei o ensino sobre a depressão pós-parto, entreguei o folheto informativo e fiz a aplicação da escala como “Questionário para as mães”. Esta puérpera não apresentava, nem verbalizava dificuldades relacionadas com o puerpério.

A enfermeira orientadora realizava uma consulta de gravidez a uma grávida de 25 semanas que acompanhada pela mãe. Era uma gravidez não desejada e a grávida encontrava-se bastante ansiosa e chorosa. Tal como combinado, a enfermeira orientadora encaminhou este caso para mim. Proporcionamos à grávida C.S., uma entrevista num local privado. Apresentava labilidade afectiva com choro fácil e um discurso algo pueril. Utilizei a escuta activa. A grávida transmitiu-me que o bebé era de outro pai e não do companheiro. Estava com dificuldade em decidir como resolver a situação. Disse-me que só ela sabia desta realidade e que estava a pensar abortar! Visto a grávida sentir-se “perdida” e sozinha nesta situação de crise, foi questionada sobre a identidade da pessoa em quem confiaria para apoiá-la e ajudá-la na organização das suas ideias e decisões. A resposta foi a mãe. Foi aconselhada a partilhar esta situação com alguém a quem ela sintia que a pudesse ajudar. Esta situação foi encaminhada para psicóloga do Centro de Saúde, tendo sido marcada uma consulta urgente para o dia seguinte. Foi demonstrada disponibilidade e empatia para com a grávida no sentido desta sentir apoio por parte dos profissionais para a ajudar e apoiar na sua decisão.

Foi uma situação com algum peso emocional. Senti que a grávida já andava angustiada há bastante tempo e ainda não tinha decidido o que fazer. Estava ambivalente e insegura. Sentia que precisava de conversar com alguém mas ainda não se tinha proporcionado, assim que mostrei disponibilidade, empatia e compreensão a grávida de imediato verbalizou uma realidade que mais ninguém sabia e que já se andava a arrastar há mais de 25 semanas.

### **3ª Semana de Estágio**

Foram aplicados mais alguns questionários às mães. Dos oito questionários aplicados posso já reflectir sobre alguns dos resultados. É interessante que, independentemente das respostas terem valores diferentes, todas as mães referem ansiedade e sentimento de culpa. Penso que estes resultados possam estar associados ao sentimento de insegurança relacionados com a responsabilidade pela vida dos seus filhos.

Fui falar com a psicóloga sobre a grávida C.S., para saber como tinha corrido a consulta na semana passada, a psicóloga referiu que a C.S. tinha conversado com a mãe e que como já tinha o apoio da mesma, se sentia mais tranquila, estava a pensar em falar com o companheiro e a começar a organizar ideias. Fiquei satisfeito por sentir que a conversa que tive com a grávida de alguma forma a despertou para a real importância da resolução do problema, assim como, lhe deu alguma motivação para transmitir essa informação a quem teria mais confiança, a mãe. Havia urgência nesta grávida ter um pilar de suporte afectivo, para de uma forma mais segura, poder decidir o que fazer.

Aproveitei que a grávida C.S. tinha consulta para realizar uma breve entrevista de ajuda. A grávida encontrava-se menos ansiosa que na última vez, referiu também já ter comunicado ao companheiro que estava grávida, não comunicando a paternidade. Era esta a sua decisão. A ligeira ansiedade latente focaliza-se na dúvida de o companheiro exigir o teste de paternidade após o nascimento da criança. Referiu que a mãe lhe estava a dar apoio nas decisões e que inclusive tinha ficado satisfeita de ser avó novamente, independentemente, das dificuldades e constrangimentos, tendo em conta o contexto desta gravidez. Apresenta assim, um sentimento de segurança mais coeso perante esta gravidez, ainda pouco desejada. Apresentava um fôlego mais expressivo e sorridente, embora, como já referido anteriormente, com uma postura ainda algo ansiosa. Disse que ia continuar a ser seguida pela psicóloga.

Por vezes nestas situações é difícil não fazer juízos de valor, mas temos de ter consciência de que não o devemos fazer. As decisões deverão ser sempre tomadas pelo próprio, sejam elas quais forem e seja qual for a nossa opinião relativamente às mesmas. Temos sempre que respeitar a pessoa e dar-lhe segurança nas decisões tomadas.

Foram realizados vários telefonemas para as puérperas a relembrar das consultas de puerpério a realizar nos próximos dias. Sinto que existe um sentimento de desresponsabilização por parte das puérperas em relação à importância das consultas. O facto das consultas serem marcadas com dois meses de antecedência, faz com que as puérperas as desvalorizem ou se

esqueçam das mesmas, daí a importância de lhes ligar, mostrar interesse, responsabiliza-las e, de alguma forma, contratualizar a sua vinda às consultas. Nas consultas de puerpério, além de ser aplicado o “Questionário as Mães” é também dado às puérperas o folheto informativo sobre a DPP, realizado na semana passada. Quando necessário, são também realizadas pequenas entrevistas de ajuda formais, não estruturadas, no sentido de dar espaço às puérperas para manifestarem as suas dúvidas e preocupações, num contexto psico-educativo.

#### **4ª Semana de Estágio**

Esta semana fiquei satisfeito com o que foi conseguido até aqui! Sinto que o “Questionário para as mães” tem realmente utilidade na detecção precoce de sinais e sintomas de eventual depressão futura, pelo que permite, antecipadamente, programar intervenções de prevenção de desenvolvimento patológico.

Sinto que as colegas de saúde materna estão motivadas e envolvidas neste projecto e também aplicam o questionário na minha ausência. A primeira puérpera cujos valores do questionário foram bastantes elevados<sup>2</sup> foi num questionário aplicado pelas colegas. Telefonei para esta puérpera e programamos uma entrevista de ajuda formal estruturada. Apurei com as colegas que a puérpera tem 23 anos, é de raça negra, este é o primeiro filho e vive sozinha porque o companheiro está em Inglaterra. Tem fraco suporte familiar.

Realizei duas consultas de puerpério. Uma das puérperas apresentou um resultado de 14 na aplicação da escala. A puérpera C.G. teve gémeas, de uma gravidez não programada, o companheiro afastou-se e não assume a paternidade. Vive com os pais e uma irmã, a mãe está desempregada e existem fracos recursos económicos. Este caso foi encaminhado para a assistente social. Falei com a orientadora e foi possível arranjar roupas e leite para as bebés. A puérpera ficou bastante satisfeita com o que lhe foi dado. Ficou programada uma consulta com a assistente social e, também, uma entrevista de ajuda comigo.

Senti necessidade em me fundamentar relativamente à forma mais adequada de conduzir uma entrevista de ajuda, no âmbito da relação de ajuda. Achei necessário fazer uma revisão bibliográfica sobre a temática e baseei-me em autores como Margot Phaneuf e Jacques Challifour.

Depois de me enquadrar relativamente às entrevistas de ajuda no âmbito da relação de ajuda, cheguei à conclusão que, de uma maneira geral, já as realizava no meu local de trabalho mas de uma forma empírica. Ou seja, não fundamentada nem estruturada. Sinto que a partir de agora, a minha sensibilidade no estabelecimento dessas relações de ajuda será outra, o que dizer e como estar, será dito e feito de forma fundamentada.

---

<sup>2</sup> O resultado das respostas foi 19. Nesta escala a probabilidade de depressão pós-parto é acima dos 12.

### **5ª Semana de Estágio**

A puérpera C.G. faltou à entrevista de ajuda. Telefonei para ela e atendeu a mãe, com um tom de voz agressivo, hostil e irritado. Tentei apurar o porquê deste comportamento, disse-me que na semana passada a filha tinha ligado para o Centro de Saúde a pedir mais leite e tinha sido mal tratada por uma enfermeira e que, por isso, decidiram não vir mais ao Centro de Saúde. Tinham inclusive uma consulta marcada para a assistente social no dia seguinte e que também não viriam. Foi explicado o objectivo da entrevista que estava marcada e a razão de ser do telefonema, a mãe ficou mais tranquila. No final do telefonema ficou combinado a vinda à assistente social. Apurou-se um comportamento manipulativo e de controlo desta mãe em relação à filha. Ficou combinado ligar posteriormente para falar com a filha, uma vez que esta não se encontrava no momento do telefonema. Foi-me comunicado pela enfermeira orientadora que a enfermeira de saúde infantil lhe tinha dito que a C.G. quando vai à consulta com as filhas, a mãe e a irmã também vão e são elas que controlam a consulta. Perante o que me foi transmitido decidi telefonar para a puérpera e demonstrar disponibilidade de ajuda se necessário.

A puérpera veio à consulta com a assistente social e segundo fui informado, deu a indicação de que já não queria ajuda de ninguém, referindo que o companheiro tinha repensado o assunto, que queria reaproximar-se e ajudar monetariamente as filhas. Telefonei mais duas vezes para falar com esta puérpera. O primeiro telefonema foi atendido pela irmã e o segundo pela própria. Agradeceu a ajuda que recebeu e transmitiu que já não precisava da nossa ajuda, que o companheiro iria ajudar. Percebi que de alguma forma a organização do núcleo familiar era feito pela mãe e pela irmã e ela sentia-se protegida, não estava a pensar alterar a sua atitude, nem mostrou incómodo por não ser ela a tomar as decisões relativamente à sua vida e à das suas filhas. Senti-me impotente por querer fazer algo mais por esta puérpera, de a fazer ver da importância e a necessidade de ser ela a assumir as responsabilidades das decisões tomadas na vida dela e das filhas, mas não foi possível.

Foi realizada uma entrevista de ajuda à puérpera C.C., tem 23 anos, o bebé tem 8 semanas, vive sozinha, a mãe vive na Guiné-Bissau, o pai faleceu e o companheiro está a estudar em Inglaterra. Tem uma tia e uma prima em Portugal que são o seu único suporte. Foi uma entrevista formal estruturada tendo sido utilizado como base o modelo de entrevista pós-natal. Entrevista fundamentada com base nas teorias de relação de ajuda da Morgot Phaneuf e Jacques Challifour sendo estes os teóricos com os quais me identifico mais.

A entrevista foi antecedida por uma fase de preparação e o primeiro contacto com a puérpera foi através de conversa de circunstância para “quebrar o gelo”. Após esta fase deu-se início à fase de exploração utilizando como base o modelo de entrevista pós-natal como modelo de colheita de dados e com base neste, perceber as dúvidas e preocupações desta puérpera.

A puérpera sentia-se sozinha, desamparada e sem grande suporte familiar. Estava algo ansiosa e insegura relativamente aos cuidados ao bebé e referiu que o companheiro era uma

pessoa ausente, que não lhe dava qualquer tipo de apoio desde a gravidez. Apresentava um fâcies fechado, pouco expressivo, com humor de tonalidade depressiva.

Foi demonstrada disponibilidade, compreensão, empatia e foram esclarecidas algumas dúvidas em relação ao sono e alimentação do bebé. Foi dada a oportunidade, espaço e abertura para esta transmitir o que mais a preocupa e a faz sentir ansiosa, oferecendo apoio e ajuda no que necessitasse. O melhor e mais importante apoio que tem neste momento é o de uma tia. Diz que quando se sente mais triste e insegura lhe liga para perguntar o que fazer, visto a tia já ter tido vários filhos e ter mais experiência no cuidar do bebé. Esta atitude foi reforçada.

A puérpera disse que costumava escrever quando tinha dúvidas e se sentia mais sozinha. Referi que gostaria que ela me lesse o que tinha escrito e ela ficou bastante satisfeita por ver que alguém se estava a preocupar com ela. A carta foi escrita para o companheiro, quando ainda estava grávida, sendo esta a primeira vez que falava da carta. Manifestava o desejo de haver mais disponibilidade por parte do companheiro. Não conseguiu ler a carta até ao fim começando a chorar. Ficou combinado que ela poderia ler a carta quando quisesse, numa altura posterior e que ela poderia escrever outras cartas sobre o que achasse mais importante, dúvidas, sentimentos, etc., e que na próxima entrevista conversaríamos sobre o que tinha escrito. Ficou satisfeita com a ideia, manifestando o imenso gosto pela escrita e o à-vontade que sentia em desabafar para o papel. Ficou marcada nova entrevista para a próxima semana.

Foi combinado com a enfermeira coordenadora e com a enfermeira orientadora a realização de uma sessão de esclarecimento para todas as colegas que trabalham no Centro de Saúde na área da saúde materna, saúde infantil e vacinação. Sessão essa com o objectivo de partilhar a pertinência do projecto de intervenção em curso, a sua fundamentação e organização, bem como apresentação de uma proposta de continuidade após o estágio.

### **6ª Semana de Estágio**

Foi realizada uma consulta de puerpério (I.C.), bebé com 8 semanas. A puérpera apresentava fâcies inexpressivo, postura algo curvada e sinais de algum cansaço e preocupação. 13 foi o resultado final da aplicação da escala. Houve disponibilidade para conversar e, por isso, realizei uma entrevista de ajuda formal não estruturada.

O marido é uma pessoa presente e dá-lhe apoio mas como é o primeiro filho de ambos, existem dúvidas relativamente à alimentação, ao sono e ao choro. Esta situação contribui para que ambos se sintam inseguros. Foi demonstrada compreensão, empatia e foram esclarecidas algumas dúvidas. A puérpera aceitou a proposta de acompanhamento e de apoio. Foi contratualizada uma nova entrevista, se a puérpera sentisse que isso a poderia ajudar, e também, que ao longo desta semana os dois iriam pensar, conversar e reflectir sobre o que lhes provocava maior preocupação e ansiedade, assim como, dúvidas relativamente ao cuidar do bebé.

Foi realizada a segunda entrevista de ajuda com a C.C. Fiquei bastante satisfeito quando a vi. Encontrava-se mais tranquila, espontânea, fâcias mais expressivo e sorridente. Desta vez trouxe o filho. Observei uma relação próxima com o filho, afectuosa e preocupada. Reagia de forma adequada ao choro do bebé. Referiu sentir-se melhor, menos ansiosa e que se sentiu muito bem (sic) depois de falar comigo na semana passada "... é como se tivesse tirado um peso de cima de mim!"(sic). Disse que tinha ligado para a tia a dizer que tinha ficado melhor depois de ter conversado no Centro de Saúde com o enfermeiro. Mostrou a carta que tinha escrito onde refere, entre outras coisas, que "...muito obrigada pela vossa atenção para comigo nas actuais circunstâncias... o vosso apoio contribuiu para que eu possa sentir-me uma mãe feliz." (sic). Estava mais segura dos cuidados a prestar ao bebé, mantendo uma postura algo tímida. Na carta também escreve que o que a está a preocupar mais neste momento é a dificuldade económica que atravessa, por estar sozinha e não poder ter a ajuda do companheiro, que está em Inglaterra. A puérpera tem já uma consulta marcada com a assistente social, na próxima semana, foi-lhe explicado que esta lhe irá ajudar da melhor forma possível.

Fiquei surpreendido pela diferença e pela real importância dada por esta puérpera à disponibilidade e ajuda demonstrada por nós! Referiu que se tivesse escrito tudo o que queria teria produzido mais páginas. Percebi que ela não tinha escrito mais por pensar que poderia ser pouco importante para mim. Disse-lhe que gostava que ela escrevesse tudo o que queria, porque eu gostava de ler e importava-me com o que ela estava a passar e sentir, ela sorriu! Demonstrei novamente disponibilidade na próxima semana de voltarmos a conversar os dois.

Uma grávida de 24 semanas A. dirigiu se ao centro de saúde para falar com a enfermeira. Demonstrei disponibilidade de falar com ela. Estava preocupada com a sua vida, está desempregada e em litígio com o companheiro, este decidiu regressar para a ex-mulher. Como ela vive na casa do companheiro, este disse-lhe que ela teria de sair de lá. Estava preocupada e não sabia o que fazer.

Foi realizada uma entrevista formal não estruturada. Ajudei a grávida a pensar e a reflectir sobre o tipo de apoio que tem e o que neste momento será mais importante para ela e para a bebé quando nascer. Tem a disponibilidade e apoio de uma comadre e de uma tia, a mãe vive em Angola, mas também demonstrou vontade em ajudar, até do ponto de vista financeiro.

Nesta entrevista foi essencialmente utilizada a escuta activa, assim como a compreensão, empatia e disponibilidade afectiva. No final ficou combinado que a grávida, ao longo destas duas semanas, iria reflectir sobre o que falámos, definir as prioridades para a sua vida e que, quando viesse à próxima consulta de gravidez, voltaríamos a conversar sobre o que reflectiu e decidiu. No final da entrevista disse "... parece que tirei um peso de cima das costas!"(sic)

### **7ª Semana de Estágio**

Realizada a terceira entrevista de ajuda com a puérpera C.C. Apresentava-se cuidada, fâcias expressivo sorridente, humor eutímico, contacto sintónico. O bebé estava tranquilo, cuidado e

encontrava-se a dormir. Relação muito afectuosa com o bebé. Disse sentir-se muito bem, mais feliz e tranquila, tem sentido mais facilidade em cuidar do bebé. Pelo discurso apresentava-se mais segura nas responsabilidades associadas ao novo papel de mãe. Agradeceu bastante o apoio que recebeu nestas últimas semanas e verbalizou ter sido muito importante para ela ter conversado com o enfermeiro. Conversou sobre experiências do passado e sobre a sua actual rotina do dia-a-dia. Fiquei bastante satisfeito por verificar as notáveis melhorias desta puérpera, o que de alguma forma espelha a real importância do nosso trabalho como enfermeiros especialistas no âmbito da relação de ajuda.

Fiquei curioso sobre qual seria agora o resultado da aplicação da escala de diagnóstico da depressão pós-parto. O trabalho realizado durante estas três semanas e o que se observava de melhoria se confirmaria nos resultados da aplicação da escala. Ora, não esquecendo que o valor mínimo pelo qual a puérpera apresenta probabilidade de depressão pós-parto é de 12, e que esta puérpera na primeira avaliação teve 19, estava bastante curioso em saber o resultado actual, após 3 entrevistas de ajuda. Aplicada a escala, o resultado foi de 10! Fiquei extremamente satisfeito, uma redução de 47% de probabilidade de vir a ter depressão puerperal. Não estava nada à espera de uma redução tão marcada.

Agora que se fala tanto em indicadores de qualidade, nada melhor que começar a aplicar este tipo de escalas antes e após a nossa intervenção e apresentar os resultados. Talvez seja das poucas formas, em termos numéricos e estatísticos, de podermos dar visibilidade à qualidade do nosso trabalho como enfermeiros.

Escreveu uma carta onde demonstrou, novamente, os seus sentimentos. Naquele momento a sua única preocupação residia nas dificuldades económicas relativas à falta de apoio económico.

Não se marcou mais nenhuma entrevista por não apresentar sintomatologia depressiva e ela própria não achar necessário. A C.C. refere que tem estado bem e que inclusive não tem pedido ajuda a tia. Sabe e sente que se precisar de ajuda tem o apoio dos profissionais do Centro de Saúde. Inicialmente, tinha idealizado 4 entrevistas de ajuda sendo que a última seria realizada numa visita domiciliária, mas quando verifiquei que a puérpera já se encontrava tão bem e segura de si, achei que não fazia sentido programar outra entrevista numa visita a casa só porque a tinha objectivado em âmbito académico, razão pela qual não foi feita.

Fiquei bastante satisfeito por observar e sentir que realmente uma relação de ajuda pode ser mesmo eficaz. Reparei que a C.C. estava tão bem que inclusive aumentou a quantidade de leite produzido pelas suas mamas, o que não estava a acontecer quando veio à consulta de puerpério há 3 semanas. Já tinha lido sobre o assunto, que uma mãe deprimida reduz a produção de leite, mas verificar o que na realidade acontece é realmente espantoso! E ter verificado que uma intervenção no âmbito do apoio psicológico tem repercussões ao nível da produção de leite pela mãe, foi simplesmente uma experiência memorável.

Foi realizada a segunda entrevista de ajuda com a puérpera I.C. Apresentava-se mais tranquila e também com um fôlego mais expressivo. Verbalizou que ficou melhor após ter conversado na

semana passada e que também tem dormido melhor. O bebé encontrava-se calmo, a dormir e observei uma relação afectuosa. Refere problemas económicos, o marido está desempregado, assim como ela, vive numa casa com mais seis familiares adultos. Foi encaminhada para a assistente social para possível apoio social. Foi demonstrada abertura para que quando precisasse dos profissionais, estes estariam disponíveis para a ouvir. Não foi programada nova entrevista de ajuda por não haver necessidade, não só porque foi observado que a puérpera já se encontrava mais tranquila, como também, a mesma achava que já se sentia melhor.

Foi realizada uma consulta de puerpério. A puérpera neste momento está a passar alguma dificuldade. Refere que o marido tem uma namorada desde há alguns meses. Foi demonstrada empatia, respeito e compreensão. Aplicada a escala cujo resultado é de provável depressão (14). Foi demonstrada disponibilidade de acompanhamento, ao que a puérpera referiu que está bastante apoiada pelos familiares e que, embora esteja a ser difícil gerir esta situação, está a conseguir superar as dificuldades. Foi contratualizado com a mesma que se necessitar de apoio psicológico pode contar com os profissionais do Centro de Saúde.

### **8ª Semana de Estágio**

Foi realizada a segunda entrevista com a grávida A. Tal como combinado há 2 semanas atrás, fizemos um ponto da situação em relação ao que tinha decidido, relativamente às dúvidas e preocupações sentidas nessa altura.

Disse que a conversa que teve comigo a ajudou bastante, tendo ficado mais tranquila, o que facilmente decidiu o que iria fazer. Decidiu então sair da casa do companheiro e ir viver, pelo menos por agora, com a comadre. Sente-se apoiada pela comadre e a mãe, mesmo estando em Angola. Foi demonstrada empatia, aceitação e compreensão em relação às decisões tomadas. O objectivo desta entrevista era, essencialmente, dar espaço à grávida para verbalizar as suas decisões relativamente ao futuro e como estaria a pensar organizar-se visto estar já perto de ter a criança, e verbalizar os seus sentimentos em relação à sua actual situação social e familiar. Tendo em conta que esta seria a última semana de estágio e a grávida já ter iniciado acompanhamento com a psicóloga, demos como terminado o acompanhamento.

Foi realizada uma sessão de esclarecimento às colegas de saúde materna, saúde infantil e vacinação, assim como, à coordenadora do Centro de Saúde e futura enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica da U.C.C.. A sessão foi realizada com o objectivo de transmitir e fundamentar a importância deste projecto de intervenção, a importância da intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção da depressão pós-parto, a organização do projecto de intervenção em curso e a proposta de organização e encaminhamento futuro.

***ANEXO IX***

***REFLEXÃO SEMANAL MÓDULO III***

---

## **1ª Semana Estágio**

Foi uma semana de integração e observação participativa das várias actividades realizadas na clínica da juventude.

Observei uma primeira consulta de Enfermagem, uma mãe preocupada com um filho, que tem apresentado sintomas de ansiedade e ataques de pânico, assim como, hetero-agressividade e ideação suicida. Por indicação da pediatra foi referenciado para avaliação por pedopsiquiatria. Antes de reflectir sobre o contexto desta entrevista assim como a dinâmica familiar deste adolescente, irei fazer um breve resumo da história familiar. O adolescente de nome D. tem 15 anos, vive actualmente com o pai e mais 3 irmãos, um rapaz de 17 e duas raparigas de 12 e 9 anos. O pedido de consulta de pediatria é feito pela mãe com quem não coabita há 4 anos. Tem também mais um irmão com 14 anos que não vive com ele e que, segundo a mãe, foi levado pelo pai quando nasceu, não se sabendo para onde nem porquê! Os pais estão separados há 4 anos, a mãe vive com um companheiro. Esta saiu de casa por ser vítima de maus tratos por parte do marido (agressões físicas, verbais, obrigava-a prostituir-se(sic)). O poder paternal foi dado ao pai. A mãe refere que o pai trata mal os filhos, não impõe regras básicas relativamente à higiene, alimentação, horários, sendo demasiado permissivo e desleixado, segundo a mãe. A mãe está a tentar reaver o poder paternal, havendo um litígio entre os pais. A mãe refere que o D. tem apresentado períodos de cansaço, apatia, tristeza e hematuria. Este rapaz aos 7 anos de idade foi intervencionado a uma plastia de um uréter e nunca mais foi seguido por urulogia. Só tem um rim.

Esta constitui uma versão muito resumida de toda a história desta família, mas penso que poderá servir de ponto de partida para a reflexão que se pretende.

A mãe ao longo de toda a entrevista centrou mais as queixas nela própria, num contexto de vitimização, do que na importância e nas causas que levaram o filho a ser referenciado a esta consulta. Não querendo de maneira nenhuma fazer juízos de valor e sendo esta uma reflexão pessoal, penso que poderei dizer o que acho e penso. Ora, da mesma forma que esta mãe verbalizou que manipulava os pais dela, acho que de alguma forma a mesma tentou “manipular” a entrevista, dando conhecimento aos profissionais sobre o que de alguma forma não poderia pôr em causa as suas competências de mãe e pôr em causa todas as competências do pai. Costumo questionar-me sobre o que devemos fazer nestas situações, o que seria mais correcto e mais terapêutico. Deixar as pessoas falar e utilizar simplesmente uma escuta activa ou confrontar as mesmas de forma assertiva sobre as suas intenções, no que respeita à manipulação do discurso para atingir os seus objectivos. Fica aqui uma questão que terei de amadurecer com o tempo e com a experiência.

Por outro lado questiono-me (de forma crítica) como será o acompanhamento de crianças, já referenciadas, pela Comissão de Protecção de Menores quando esta mãe refere que as crianças têm mau estado de higiene, com piolhos, estarem mal alimentadas. Que tipo de acompanhamento é realizado pela Comissão?

Relativamente ao contexto da referenciação em si, penso que existe uma forte probabilidade da sintomatologia do D. estar relacionada com causas orgânicas, tendo em conta os antecedentes pessoais, mas só os exames o poderão confirmar.

Por ser este um contexto familiar perturbado e perturbador, torna-se até compreensível que qualquer criança que viva e sobreviva nele, tenha repercussões do ponto de vista da sua saúde mental, ou seja, independentemente dos sinais e sintomas poderem estar relacionados com eventuais causas orgânicas, não deixa de me levar a pensar que todas aquelas crianças muito provavelmente necessitarão de acompanhamento psicológico!

O que me leva a reflectir que, por detrás de uma criança perturbada, estão pais perturbados, que por si só não saberão corresponder às normais necessidades de desenvolvimento dos filhos e que resulta num desenvolvimento deficitário do ponto de vista afectivo e não só, que resultará em deficits de comportamento e/ou de funcionamento junto de outros, já que uma criança é aquilo que vive, sente e presencia!

Gostaria também de reflectir de uma forma muito sucinta sobre a reunião clínica que também observei. Reunião essa em que foram discutidos os casos que estão a ser acompanhados no Hospital de Dia. Fiquei satisfeito por observar que embora tivesse sido uma reunião não liderada por enfermeiros, foi uma reunião dominada pela opinião e o conhecimento dos enfermeiros sobre os diversos casos discutidos. A mais-valia das intervenções psicoterapêuticas realizadas pelos enfermeiros e respectivo acompanhamento dos casos, no desenvolvimento saudável dos adolescentes.

## **2ª Semana Estágio**

Observei uma consulta de enfermagem e uma sessão de cineterapia. Antes de reflectir sobre a consulta gostaria de ter tido a oportunidade de ter conversado primeiro com a enfermeira, no sentido de me ajudar a organizar e “filtrar” as informações mais importantes, para reflectir sobre as mesmas. Aquilo que sinto é que embora tenha alguns anos de experiência em psiquiatria, não tenho a facilidade, a perspicácia e a perícia de um especialista que trabalha com pais e crianças no âmbito da saúde mental e psiquiatria há já alguns anos. Penso que a troca e a partilha de ideias são bastante positivas.

A consulta de enfermagem foi realizada a uma mãe e respectivo filho de 13 anos. A leitura que faço da situação é que esta adolescente foi educado com a mãe e avó nos primeiros anos de vida, não tendo sido estimulado do ponto de vista da socialização com outras crianças, como do ponto de vista da sua autonomia, o que terá resultado na falta de interesse pelo meio envolvente e na relação com o outro. Provavelmente o adolescente foi demasiado protegido do mundo em redor dele mesmo, o que resultou numa criança pouco sociável e com deficit de iniciativa, manifestando problemas no âmbito da psicomotricidade. Foi seguido a partir de determinada idade por hiperactividade e deficit de atenção, tendo até mesmo sido medicado com Ritalina (é utilizada no tratamento da perturbação de hiperactividade com deficit de

atenção) durante alguns anos tendo progressivamente abandonado a medicação. Irá ser avaliado pela terapeuta para determinação do respectivo deficit psicomotor.

A entrevista foi muito bem conduzida pela orientadora, com uma excelente interpretação da informação dada pela mãe e observada no filho. O que me leva a concluir que tenho muito que aprender no que respeita a consultas de enfermagem.

Cineterapia... já tinha ouvido falar mas não tinha conhecimento do que seria, embora tivesse uma pequena ideia. Achei interessante utilizar-se o visionamento de um filme e transpor a informação e a mensagem visionada para a realidade. É interessante observar a diferente importância que cada um dos membros do grupo terapêutico dá ao que viu, assim como a interpretação que cada um dá da mensagem que é transmitida.

Do ponto de vista da enfermagem muito é o que consegue observar, perceber e interpretar pela cineterapia, não só do ponto de vista do comportamento como também do pensamento. Fazer um “ponto da situação” do projecto terapêutico através do visionamento de um filme. Achei curioso observar como uma enfermeira consegue trabalhar um grupo pela cineterapia e a sua mais-valia do ponto de vista terapêutico.

### **3ª Semana Estágio**

Particpei numa consulta de enfermagem a um pai preocupado com uma filha de 14 anos que, segundo ele, de um momento para o outro deixou de ouvir. Após exclusão real de causa orgânica comprovada por exames complementares de diagnóstico, a adolescente foi encaminhada à urgência do Hospital Dona Estefânia para avaliação por pedopsiquiatria, tendo-lhe sido diagnosticado Transtorno Conversivo.

A consulta de enfermagem foi bastante interessante do ponto de vista da sua condução. A informação colhida ficou incompleta, pois somente apareceu o pai da adolescente. Ficou programada nova consulta com a mãe e respectiva filha, no sentido de se poder observar a dinâmica familiar mas também o comportamento da adolescente. A presença da mãe permitirá completar a história clínica.

O mais importante que gostaria de reflectir relaciona-se com a importância da partilha de ideias relativas à interpretação do caso entre a enfermeira e eu. Ajudou-me imenso essa partilha do ponto de vista da organização das minhas ideias. Pensar, analisar, reflectir e discutir sobre os eventuais factos que levaram a adolescente a reagir de determinada forma, num contexto patológico, ajudam a mobilizar e cimentar conhecimentos que determinam as reais diferenças entre o ser generalista ou especialista em determinada área de intervenção.

Presenciei mais duas consultas de enfermagem, uma conduzida por um outro enfermeiro da Clínica da Juventude, e a outra que foi a continuação da consulta iniciada no dia anterior.

Relativamente à primeira, foi bom ver uma outra perspectiva de como poderá ser conduzida a consulta de enfermagem por outro perito na área. Consulta realizada a uma adolescente de 14 anos acompanhada pela mãe, encaminhada a clínica por aparente fobia escolar. Enquanto criança e até aos seus 5 anos foi educada com a avó. Segundo conta, quando ingressou na escola iniciou dificuldades de adaptação assim como problemas de socialização. “ Eu era gozada pelos meus colegas...” (sic), sentimento manifestado com alguma raiva, começando por somatizar de alguma forma a ansiedade antecipatória quando pensava na escola.

A mãe por outro lado, começou a vivenciar a ansiedade da filha de forma descontrolada, pelo que faz um episódio depressivo e surge a necessidade de ser medicada. O foco de ansiedade da filha é a escola. O foco de ansiedade da mãe é a filha. Elas vão alimentando a ansiedade uma da outra, criando o efeito “bola de neve”.

A adolescente apresenta baixa de auto-estima, de auto-imagem e de auto-conceito. Tem dificuldade em aceitar-se como é, razão pela qual se refugia num ideal perfeito no mundo virtual da internet! “ Ao menos lá não me gozam e tenho imensos amigos...” (sic). Sentimentos de rejeição! Talvez fosse importante trabalhar a auto-estima desta adolescente, assim como os aspectos de socialização em contexto psicoterapêutico.

A segunda consulta consistiu, na continuação da consulta do dia anterior. Esperava-se a presença da mãe da adolescente, o que não foi possível, tendo somente aparecido o pai.

A adolescente apresentou uma postura aparentemente teatral logo à entrada do gabinete, como se tivesse muito assustada, mas que de alguma forma reverteu rapidamente. Apresentava-se pouco preocupada por ter perdido a audição. Por vezes utilizava um discurso provocatório quando confrontada com os deficits.

A leitura que se poderá fazer deste problema não é nada linear. Para que não haja a probabilidade de se fazerem juízos de valor, à que colocar de parte a causa orgânica. Não sendo de causa orgânica consiste numa adolescente com traços de personalidade histriónica, aparentemente não factícia mas sem certezas absolutas, visto até ser uma adolescente bastante inteligente.

Uma adolescente aparentemente perfeccionista, que nunca tendo sido o centro da atenções da família do ponto de vista afectivo, somatiza essa necessidade. Numa primeira vez há 10 anos quando nasceu o primeiro irmão, com alterações da visão, e desta vez, alguns meses depois do nascimento da segunda irmã, com alterações da audição.

Penso que talvez fosse importante trabalhar esta adolescente do ponto de vista psicológico no sentido da mesma verbalizar os seus sentimentos e preocupações tentando identificar as suas necessidades afectivas, assim como trabalhar a família, esclarecendo dúvidas relativamente ao comportamento da filha e a forma mais adequada de o vivenciar.

Presenciei uma entrevista familiar, participei numa sessão de cineterapia e participei numa actividade de um grupo terapêutico.

Foi importante para mim observar e perceber a importância do enfermeiro especialista na ajuda a uma família com dificuldade em manter uma dinâmica familiar saudável. O estabelecer uma

relação de ajuda com os elementos da família, para tentar conquistar, em parceria com os mesmos, uma harmonia familiar favorecedora de boas relações e compreensão mútua.

Penso que estas entrevistas de ajuda de enfermagem são de elevada importância tanto para as famílias como para a própria profissão. Consiste numa iniciativa completamente autónoma do enfermeiro, que em parceria com a família, contribui na obtenção de ganhos em saúde.

Penso que é destas acções que fazem da enfermagem aquilo que realmente é, ou que deveria ser. De forma autónoma poder trabalhar com as pessoas, no seu âmbito individual e/ou familiar, interpretar as suas dificuldades de relação e de adaptação em situações de crise e delinear estratégias para se atingirem resultados favorecedores de saúde mental.

A participação na actividade do grupo terapêutico no Hospital Dia foi importante para mim, serviu para dar início a uma relação de confiança com os vários elementos que fazem parte do grupo e perceber os objectivos das actividades desenvolvidas. De socialização, de concentração, de atenção. Favorecer o auto conceito, a auto-estima e a auto-imagem.

É importante trabalhar estes adolescentes, prepará-los para um futuro melhor, consigo mesmos e com os outros, aceitem-se e serem aceites da forma mais saudável possível. Penso serem estas, algumas das responsabilidades do enfermeiro especialista que cuida de adolescentes em situações de crise.

#### **4ª Semana Estágio**

Realizei a minha primeira consulta de enfermagem de primeira vez. Foi um adolescente de 13 anos encaminhado pela urgência com sintomatologia somática, num contexto depressivo-reactivo à separação dos pais. Um rapaz reservado, introvertido, fâcias fechado, pouco expressivo, com deficit na interacção social com outros adolescentes. Antecedentes familiares de depressão na mãe e avó materna.

Claro que houve coisas que falharam, que de alguma forma me ajudaram a reflectir para reestruturar a estratégia de abordagem. É com os erros que se aprende e eu ainda tenho muito que aprender!

Gostei imenso de realizar a consulta, principalmente por ter em parceria com a Enfa orientadora, encaminhado o adolescente para um grupo terapêutico, que irá ter um papel bastante importante na ajuda a este adolescente, tanto ao nível da sua auto estima, como na interacção com outros adolescentes e que o irá ajudar na melhoria da sua sintomatologia depressiva.

Realizei a minha segunda consulta de enfermagem, a um adolescente de 14 anos, encaminhado da consulta de neurologia do Hospital de Santa Maria por hiperactividade e deficit de atenção. É seguido nessa consulta desde os seus 6 anos, está medicado, mas ultimamente tem apresentado, segundo os pais e a professora da escola, um aumento

progressivo da sua hiperactividade com inquietação psicomotora, o que tem se repercutido na dinâmica das aulas e no funcionamento do adolescente.

O adolescente apresentou alguma inquietação ao longo de toda a entrevista com dificuldade em manter fixa a atenção. O mesmo apresentava alguma consciência crítica em relação ao seu “problema”.

Optei por mudar a estratégia da realização das questões, que penso ter funcionado melhor. Consegui não me esquecer de colher a informação que não colhi na consulta anterior. Mesmo assim ainda houve lacunas de informação que poderiam ter sido melhor organizadas no formulário da colheita de dados, espero melhorar nas próximas consultas.

Observei mais uma sessão de cineterapia. O filme independentemente de ter sido de alguma forma pesado do ponto de vista emotivo, tinha uma mensagem extremamente importante e que penso que foi captada pelos adolescentes.

Em parceria com o Enf.º responsável pelo Hospital Dia, conduzimos uma actividade com um grupo terapêutico. Correu bastante bem, o grupo estava bastante motivado e interessado nessa actividade. Foi interessante, nunca tinha participado na condução de numa actividade destas. Um primeiro adolescente fazia um risco, o próximo acabava o desenho e no fim elaborava-se uma história com os vários desenhos realizados pelo grupo. A pouco e pouco tenho conseguido estabelecer uma relação cada vez mais próxima com os vários elementos deste grupo. Sinto um melhor feedback por parte dos vários elementos, o que irá facilitar ainda mais a minha aproximação e os resultados das intervenções desejadas.

### **5ª Semana Estágio**

Realizei mais uma consulta de enfermagem. Um adolescente de 14 anos que na sequência de maus tratos com agressões físicas, por parte do pai, com alguns anos de evolução, desenvolve episódios de heteroagressividade, irritabilidade fácil, negligência escolar. Ultimamente também está associado um aumento progressivo de isolamento social com tristeza acentuada. Encaminhado pela CPCJ (Comissão Protecção Crianças e Jovens) para avaliação por pedopsiquiatria.

À consulta veio a mãe e o adolescente. A consulta não correu mal, embora tenha tido alguma dificuldade na colheita dos dados visto tanto a mãe, como principalmente o adolescente, apresentarem um comportamento defensivo relativamente às questões colocadas. O adolescente muito fechado nele próprio, cabisbaixo, sem qualquer crítica para a necessidade de acompanhamento. A mãe, pela anterior história de heteroagressividade física do filho para com ela, apresentava-se renitente nas respostas com receio de represálias por parte mesmo. Esta foi a leitura que fiz pela tensão existente e pelo fácies manifestado pela mãe. Penso que, de uma maneira geral, foi possível colher os dados mais importantes, que servirão de base para um seguimento posterior, infelizmente não realizado por nós.

Sinto que o nosso papel é de elevada importância no acompanhamento destas famílias e destes adolescentes. Acho que enquanto especialistas em saúde mental e psiquiatria, detemos as competências necessárias para fazer alguma coisa mais na promoção da saúde mental destes adolescentes, bem como no âmbito do aconselhamento destas famílias, muitas vezes pouco estruturadas e com necessidades de ajuda em encontrar “uma linha orientadora”. Por razões muitas vezes incompreensíveis, e que me deixam triste e até desmotivado, estas coisas não acontecem. Ou seja, realiza-se a consulta de triagem e...pronto! Outros profissionais farão o resto. Infelizmente ainda nos encontramos numa fase de afirmação, não só do ponto de vista social, como até inter-disciplinar. E quando do ponto de vista hierárquico/institucional nos são impostas barreiras no nosso agir, torna-se difícil fazer mais e melhor.

Particpei na reunião do Hospital de Dia. Foi nostálgico. Fez-me lembrar as reuniões clínicas que eu gostava imenso quando estava no DPSM, fazer o ponto da situação dos projectos terapêuticos delineados para cada um dos doentes, os altos e baixos, o avançar, o recuar, o reestruturar, através da partilha de opiniões dos vários e diferentes profissionais, para um único fim. Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e Terapeutas a “discutir” sobre o melhor caminho a seguir para concretizar um objectivo comum, o bem-estar do utente.

Particpei (de uma forma mais activa) em conjunto com a Enf<sup>a</sup> responsável do Hospital Dia, na sessão de cineterapia. À medida que vou conhecendo melhor os vários elementos do grupo, vou-me sentindo mais à vontade para estabelecer uma relação de proximidade com eles, sentindo também por parte dos adolescentes, uma maior abertura de aproximação, facilitando assim os objectivos que se pretendem com estas sessões terapêuticas.

Na tarde desse dia colaborei com a Enf<sup>a</sup> na condução de um grupo terapêutico, numa actividade delineada pela mesma. Gostaria neste estágio poder realizar uma actividade com este grupo que fosse de encontro com os objectivos do projecto terapêutico. Tenho andado a tentar perceber junto dos adolescentes, se existe alguma característica que os possa definir e que os possa unir. Percebi que o gosto pela música constitui uma característica que os motiva, a realização de uma actividade baseada na música deverá ser importante na estimulação das várias características que se encontram deficitárias em cada um dos elementos do grupo, nomeadamente, a motivação, a socialização, a auto-estima, a iniciativa, a criatividade, o espírito de grupo, a partilha...Partilhei essa hipótese com a Enf.<sup>a</sup> que achou positiva a ideia.

## **6ª Semana Estágio**

Estive presente com a enfermeira orientadora numa entrevista familiar. Volto a referir novamente a minha opinião sobre esta realidade, achando aqui uma “porta” importante que pode ser aberta por nós na ajuda às resoluções dos conflitos familiares, no aconselhamento, no apoio e acompanhamento destas famílias para ultrapassarem essas crises de transição. Particpei na reunião da consulta de perturbação do comportamento alimentar onde do ponto de vista multidisciplinar é realizada uma análise relativamente aos casos acompanhados.

Sendo os distúrbios do comportamento alimentar um contexto patológico com uma incidência respeitável na adolescência, a sua falta de acompanhamento, originará repercussões nefastas no desenvolvimento do adolescente, pelo que a sua detecção, seguimento e resolução são objectivos importantes partilhados pelos vários profissionais que fazem parte da equipa multidisciplinar que cuida do adolescente.

Particpei numa actividade com um adolescente com problemas de recusa escolar. À medida que vão passando os dias, vão-se estabelecendo relações de confiança mais coesas com os adolescentes possibilitando desta forma, desempenhar um papel mais activo e determinante na sua ajuda.

Particpei numa reunião multidisciplinar onde foi apresentado e discutido um caso clínico. Estas reuniões são extremamente interessantes e importantes, a partilha de opiniões e saberes proporciona um momento rico de aprendizagem. Foi interessante observar, relativamente a este caso clínico, a confirmação na prática do que eu tinha estudado na teoria no módulo de estágio anterior. O meu projecto de estágio anterior relacionava-se com a prevenção da depressão pós-parto no âmbito da diminuição das suas repercussões nas crianças, ao nível do processo de vinculação. Tinha estudado que a DPP aumentava a probabilidade de deficits de desenvolvimento e de comportamento nos filhos, nomeadamente nas perturbações de personalidade. O caso clínico era sobre isso mesmo. Uma adolescente com uma perturbação de oposição/ perturbação de personalidade com uma vinculação inicial deficitária com a figura materna, por DPP. Fez-me pensar e confirmar o sentido dos temas definidos para cada um dos módulos de estágio, sendo o tema do módulo I de estágio “Tudo tem um inicio...”, esse inicio começa logo quando nascemos e nas primeiras relações, e no módulo II, “Ecos na adolescência...”, as repercussões nas crianças e adolescentes do seu passado perturbador.

A meu ver as crianças serão... aquilo que fizeram delas!

Realizei uma primeira consulta de enfermagem com um adolescente de 13 anos. Vinha acompanhado pela mãe, referenciado a consulta pelo médico de família por conflitos na escola, com colegas e professores, e conflitos familiares em casa. A mãe refere irritabilidade fácil, comportamento provocatório, episódios de agressividade física. A mãe verbalizou que “ele não gosta de ser contrariado”, “ está sempre a provocar o irmão”, “ já chegou a bater na avó”, entre outras coisas. Referiu também que os professores dizem “que é mal educado”, “provocador”, assim que os colegas se metem com ele passa logo para a agressividade física. Apurou-se baixa tolerância a frustração, postura tensa e defensiva, principalmente quando ao longo da entrevista, na brincadeira, se questionou sobre “namoradas”. O adolescente ficou demasiado incomodado com esta questão, até que no final e em conversa com a estagiária de psicologia que observava a consulta por mim realizada, questiona-mos nos se ele poderia estar a passar por alguma “crise de identidade sexual”. Até porque na sala de espera estava lá o avô que também verbalizou “... ele não gosta de falar sobre namoradas!”. A relação com o pai pareceu-me próxima. O pai pareceu-me disponível, até porque quando perguntei a mãe, da família

quem era mais disponível, ela identificou o pai. Mas fiquei com a ideia que, não dava muito espaço relativamente a autonomia do adolescente.

Quando questionado sobre o seu comportamento, o adolescente não apresenta crítica para o sucedido. O início das alterações de comportamento aconteceram aos 8/9 anos, teve acompanhamento psicológico durante um ano.

Os professores referem deficit de atenção nas aulas e a mãe confirmou o mesmo em casa. Eu também fiquei com a sensação que ao longo da consulta o adolescente estava com alguma dificuldade em focar a atenção nas questões formuladas, havendo necessidade de reformular as mesmas às vezes mais do que uma vez, embora a estagiária que estava comigo não tenha achado o mesmo. Este ano reprovou. Em conversa com a mãe esta verbalizou que, pelo actual comportamento do filho nas aulas e “as faltas de respeito” para com os professores, houve um desinvestimento por parte destes em relação ao filho, “ele foi posto de parte” (sic).

A meu ver este adolescente sente-se sozinho e incompreendido, existem sentimentos e frustrações que se manifestam de forma agressiva e projectiva. Seria importante realizar um acompanhamento terapêutico regular para se conseguir perceber o que perturba este adolescente e intervir adequadamente dando resposta as suas necessidades. Sei que seria, pelo menos numa fase inicial, um acompanhamento difícil pelo comportamento defensivo que o adolescente apresenta, mas que com o decorrer das várias consultas que se poderiam realizar e a relação de confiança estabelecida, fariam emergir as razões que o levaram a agir desta forma. Acho que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, poderiam assumir responsabilidades neste género de acompanhamentos pelas capacidades e competências inerentes a sua profissão, o que seria uma mais-valia, essencialmente para o adolescente e a sua saúde mental.

No final eu e a estagiária partilhámos ideias, saberes e opiniões sobre a informação que se colheu e o que se observou, o que é sempre bom porque a partilha gera novos saberes.

Particpei na reunião do Hospital de Dia. Participação bastante activa, pois tive a oportunidade de poder esclarecer algumas dúvidas e até de partilhar ideias e opiniões sobre os adolescentes que tenho acompanhado nestas últimas semanas. Gostei imenso desta reunião. A pouco e pouco e à medida que me vou sentindo mais integrado na equipa e me tornando mais autónomo, vou tendo cada vez mais prazer na realização deste estágio.

Falei com a orientadora e com a Enfermeira responsável do Hospital Dia sobre a actividade a realizar com o grupo terapêutico nas próximas semanas e foi definido o terminus do estágio

### **7ª Semana Estágio**

Realizei duas consultas de enfermagem e iniciei a actividade (anexo XI) com os adolescentes do grupo da tarde de sexta feira.

As consultas de enfermagem foram realizadas a dois adolescentes, de 13 anos e 14 anos.

Um adolescente, acompanhado pela mãe, foi enviado à clínica pelo médico de família, por isolamento social, deficit da interacção com outros adolescentes, tristeza, desleixo pelas actividades escolares. A mãe verbaliza que o filho ultimamente tem andado muito “ revoltado” e não percebe porquê. “Ele sempre foi uma criança com poucos amigos”, “mas agora está pior, não sai de casa, fica todo o tempo em frente a TV às vezes a puxar as orelhas” (sic). O adolescente quando questionado sobre o assunto, numa postura cabies baixa, fâcies triste, pouco expressiva e com labilidade emocional, diz “ os colegas e professores gozam comigo na escola, dizem que sou burro!” (sic).

A mãe do adolescente verbaliza que o filho quando pequeno teve “ parasita na cabeça”(sic), que segundo a Enf<sup>a</sup> orientadora provavelmente terá sido Paludismo/Malária. Era importante perceber, do ponto de vista neurológico, se de alguma forma o adolescente ficou com sequelas que tenham comprometido as suas capacidades cognitivas e que façam com que ele se sinta desprezado e gozado pelos outros adolescentes. Seria importante este rapaz ser observado pela neurologia e realizar exames para despistar eventuais sequelas. Ser acompanhado pela psicologia, dar espaço ao adolescente de verbalizar as suas preocupações e sentimentos, o que o tem perturbado, assim como também, realizar exames psicológicos para se perceber a existência ou não de deficits cognitivos.

Relativamente ao segundo adolescente, foi enviado à clínica pela psicóloga e directora de turma da escola onde estuda. A carta da escola diz que o adolescente tem apresentado agressividade verbal para com os professores, e física para com os colegas da escola. A mãe verbaliza que desde há dois anos o filho tem-se tornado mais rebelde. Apresenta postura por vezes provocatória, tem história de irritabilidade fácil com baixa tolerância a frustração, “não gosta de ser contrariado”, provoca os professores, falta às aulas, tem faltas disciplinares e segundo a mãe anda com “más companhias” (sic). O adolescente quando questionado verbaliza que no primeiro ano quando foi para aquela escola “ninguém me respeitava, agora todos me respeitam!”(sic).

A adolescência é um período muito conturbado. É um período de afirmação pessoal e social. Quando não se estabelecem limites e regras, os adolescentes acham-se capazes e no direito de fazer tudo o que lhes vier a cabeça, e é aqui que tudo começa do ponto de vista anti-social. Este adolescente eventualmente estará a iniciar um quadro de perturbação de personalidade que se poderá tornar irreversível num futuro próximo se não houver acompanhamento, se não se estabelecer limites. A tendência futura, infelizmente será esta, com a actual permissividade dos pais, e o facilitarismo da vida, os adolescentes terão mais dificuldade em lidar com as frustrações da vida e a se tornarem adultos responsáveis e equilibrados.

Iniciei a actividade com os adolescentes do grupo da tarde, estou muito satisfeito com os resultados. Fizemos o que estava estabelecido para esta primeira sessão, a escolha do tema musical e o inicio da composição da letra da música.

Senti uma motivação geral na realização da actividade, todos puseram mãos à obra para dar o seu contributo na letra da música. Realizou-se em conjunto um *brainstorming* de ideias, do qual

resultou a quase definitiva letra da música para se cantar no lanche de Natal. Ouve uma interação fácil entre os elementos do grupo, trabalharam em parceria uns com os outros, partilhando ideias e opiniões, demonstrando bastante criatividade na elaboração da letra. Tomaram a iniciativa de cada um levar o rascunho da letra que elaboraram para passar a limpo em computador, para posteriormente realizar a compilação de toda a letra na próxima sessão. Ficou acordado trazerem instrumentos musicais na próxima sessão para se dar início aos ensaios.

Senti-me muito bem junto dos adolescentes, aceite e respeitado pelo grupo. A enfermeira responsável pelo Hospital Dia auxiliou-me na condução do grupo o que facilitou imenso.

Realizei duas consultas de enfermagem a dois adolescentes, um com 14 anos e outro com 15 anos.

O primeiro foi enviado para a clínica por impulsividade, agressividade física com o pai, comportamentos de auto mutilação com cortes nos braços, absentismo escolar. Vive com os pais, filho único. História anterior de défice de atenção e hiperactividade, diagnosticado há 4 anos e seguido esporadicamente em clínica privada. Medicado com Ritalina.

Apura-se comportamento manipulatório, não cumprimento de regras, baixa tolerância à frustração, postura vitimizante. Os pais referem não perceber os comportamentos do filho referindo “ não percebemos porque age assim, ele tem tudo!”(sic). Pois esse é o grande problema das famílias actuais, nucleares, numa sociedade onde se fomenta o materialismo e o consumismo, onde se perdeu o significado dos valores em detrimento dos prazeres imediatos e “descartáveis”. “ o meu filho é de um materialismo atroz!” (sic) referiu o pai. As crianças serão aquilo que fizeram delas! Acontece que os pais muitas vezes não tem consciência do mal que fazem até o mal já estar feito, não sei se foi este o caso, mas tentam preencher o vazio afectivo da sua ausência com bens materiais. São demasiado permissivos em relação aos limites e regras tão necessários nesta sociedade materialista, consumista e competitiva.

Claro que o problema deste adolescente não está “só” nisto, algo mais o está a perturbar, que o levou a auto-mutilar-se e isso requer acompanhamento, para se perceber a razão pela qual utilizou esta última estratégia de alívio.

A grande diferença entre quem percebe e quem tenta perceber, é a diferença entre a minha orientadora e eu. Ainda tenho um longo caminho a percorrer nesta área da pedopsiquiatria e não será com mais uma dúzia de estágios que conseguirei lá chegar, mas o gosto por esta área está a despertar algo em mim e isso é bom, muito bom.

A segunda adolescente veio acompanhada pelo pai, já tinha recorrido à urgência por comportamentos de auto-mutilação (cortes nos braços), humor depressivo, faltas a escola, tendo sido medicada e enviada para a consulta.

Foi muito interessante esta consulta. Vi-me na obrigação de falar em privado com a adolescente e depois com o pai para dar espaço a adolescente de verbalizar o que a preocupava, o que sentia, o que a perturbava. Senti que ela precisava desse espaço, dessa aproximação, dessa compreensão.

Percebi que esta adolescente estava a viver uma ambivalência de sentimentos, incompreensão e culpa. Tem consciência que por vezes age de forma impulsiva e instintiva e pouco racional, e depois sofre com isso. Diz “só faço é porcaria!”(sic), o que gera sentimentos de culpa que procura aliviar com a punição. Junto estes sentimentos pessoais com a incompreensão por parte do pai, de que resultas nos comportamentos manifestados. A mãe com patologia psiquiátrica (perturbação da personalidade(?)) é uma pessoa ausente. Tem uma relação conflituosa com a madrasta. Tudo isto despoletou num contexto depressivo, “ choro todos os dias”, “as vezes de manha estou bem e a tarde estou mal” (sic).

Relativamente a esta adolescente, apesar de já estar a fazer medicação anti-depressiva, penso que, o que realmente precisa é de acompanhamento psicológico. Ajudar esta adolescente a tornar-se adulta.

Penso que nós enfermeiros podemos dar a nossa cota parte no acompanhamento destes adolescentes, na ajuda a ultrapassarem os obstáculos da adolescência, em se tornarem adultos maduros e responsáveis.

### **8ª Semana Estágio**

A segunda sessão da actividade com o grupo terapêutico teve de sofrer algumas adaptações. Foi difícil conseguir concretizar os objectivos definidos para esta sessão. Faltaram dois, dos quatro elementos do grupo, o que de alguma forma destabilizou e fragmentou o que se tinha conseguido concretizar na semana passada.

No início da sessão ouve alguma dificuldade em manter a concentração e a motivação nos elementos do grupo, o que progressivamente foi melhorando com o decorrer da mesma. Tinha-se programado e combinado que os elementos trouxessem a letra produzida na semana anterior, para nesta semana juntar as várias letras num só tema musical e iniciar os ensaios da música. Como dois elementos não vieram não foi possível a concretização deste objectivo. Realizou-se um pequeno ensaio com as letras produzidas pelos próprios.

Senti que a motivação, a concentração e a dedicação na semana passada foi muito mais visível do que nesta semana, a coesão do grupo e a partilha foi mais evidente. O facto de terem faltado dois elementos prejudicou, de alguma forma, a dinâmica do grupo. Vamos ver como vai correr na próxima semana. Já sei de ante mão, que um dos elementos que faltou esta semana também vai faltar na próxima, o que irá prejudicar novamente a dinâmica e a concretização dos objectivos definidos.

A adaptação à imprevisibilidade faz parte da maturidade profissional, e nós como futuros especialistas, temos de ter a capacidade de nos adaptar aos mais variados contextos imprevisíveis e em constante mutação.

### **9ª Semana Estágio**

Realizou-se a terceira sessão da actividade com o grupo terapêutico. De uma maneira geral, fiquei satisfeito com o que se conseguiu hoje, senti uma grande motivação e empenho na realização da actividade e na concretização dos objectivos delineados.

Alguns elementos do grupo concretizaram em suas casas o que se tinha combinado, um passou a sua parte da letra do tema musical a computador, outros dois treinaram em casa a sua parte do tema musical, o que demonstra que, de alguma forma, estavam motivados e empenhados na actividade, assumindo responsabilidade no que se tinha previamente combinado. O que se realizou hoje foi o finalizar da letra do tema e o ensaio da música.

Sentiu-se novamente, tal como na primeira sessão, espírito de cooperação e partilha de novas ideias na reestruturação de parte da letra do tema escolhido. Ensaiou-se a música com aparente vontade e satisfação.

Combinámos na próxima e última sessão realizar-se um pequeno lanche de Natal onde se irá cantar o tema musical criado.

### **10ª Semana Estágio**

Compareceu à consulta uma adolescente de 14 anos acompanhada pela mãe. Desde os 9 anos que era seguida por um neuropsiquiatra por Síndrome de Gilles de la Tourette. Foi-lhe diagnosticado também nessa altura hiperactividade e deficit de atenção. Medicada com Fluoxetina, Ritalina e Risperdal. Posteriormente encaminhada para um psiquiatra no Cadin, alterou a medicação e inicia Cipralax. Apresentou períodos de elacção do humor, “euforia” e gastos excessivos. Pára Cipralax e inicia Dipelexil com remissão dos sintomas anteriores.

Por desmotivação na escola, baixa de auto estima, “ os meus colegas gozavam comigo” (conferenciou com uma colega os seus problemas e esta contou na escola), chumbou no 7º ano. Mudou de escola. Está no 8º ano.

Este verão, por iniciativa própria, deixou de tomar a medicação. Apresentou novamente maior instabilidade do humor, irritabilidade e ansiedade. Inicia sintomatologia obsessiva com pensamentos ruminativos relacionados com a alimentação. Encaminhada para a Clínica da juventude, pela psicóloga do Centro de Saúde, por instabilidade do humor, pensamentos Obsessivos, baixa repentina de peso (10kg em 1 mês com queda de cabelo e amenorreia).

Como antecedentes familiares, o pai tem uma provável perturbação obsessivo compulsiva e a mãe uma perturbação de ansiedade com episódios de ataques de pânico.

A adolescente apresentava- se ansiosa com alguma irritabilidade fácil. O contacto era cordial e adequado.

A consulta correu bem. Foram realizados alguns ensinamentos à adolescente e a mãe relativamente ao contexto patológico e a medicação. Infelizmente para esta adolescente, o prognóstico de

“alguma vez se ver livre da psiquiatria” é reservado! Esta irritabilidade, ansiedade, esta instabilidade do humor com períodos de sintomatologia depressiva e períodos de hipomania, com elacção do humor, desinibição e gastos excessivos, associados ao já diagnosticado Gilles de la Torette e a hiperactividade com défice de atenção e concentração, poderá levar esta adolescente a Ihe ser diagnosticada doença bipolar num futuro próximo!

Penso que esta adolescente necessitará de acompanhamento médico, sendo que a medicação muito provavelmente terá de ser reajustada, talvez parar os antidepressivos e de forma mais consistente fazer estabilizadores do humor, e acompanhamento psicológico, ajudando-a nos processos de resiliência relativamente ao seu contexto patológico e à necessidade de tratamento.

No último dia de estágio realizou-se o lanche de natal e tal como programado, a apresentação do tema da música, pelo grupo terapêutico, aos profissionais da clínica da juventude. Penso ter corrido bem a apresentação, os elementos estavam motivados e em grupo conseguiram mostrar o resultado do que conseguiram produzir.

Penso ter ajudado com esta iniciativa, para a estimulação de determinadas características pessoais que se encontravam deficitárias nos vários elementos do grupo terapêutico, contribuindo para a concretização dos objectivos do projecto terapêutico que se pretende.

***ANEXO X***

***FICHA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO***

---



**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA  
E ADOLESCÊNCIA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**  
EQUIPA .....

**FICHA DE 1º ATENDIMENTO**

DATA DO PEDIDO: .....

N.º PROCESSO .....

SISTEMA DE SAÚDE:

N.º BENEF. :

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

N.º .....

Data de nascimento  Dia   Mês   Ano   Idade ..... Sexo F.  M.

Nacionalidade ..... Naturalidade .....

Morada de residência .....

C. Postal .....

Freguesia ..... Concelho ..... Distrito .....

Telefone ..... Contacto em caso de urgência .....

Jardim Infantil  Escola  Outros .....

Nome ..... Telefone .....

Ano de escolaridade ..... Ama/ Educadora/Professora .....

Centro de saúde ..... Médico assistente .....

Quem enviou .....

N.º PROCESSO .....

**PAI**

Nome ..... Idade .....

Nacionalidade ..... Naturalidade .....

Estado civil ..... Escolaridade .....

Profissão ..... Local de trabalho .....

Morada ..... Telefone .....

**MÃE**

Nome ..... Idade .....

Nacionalidade ..... Naturalidade .....

Estado civil ..... Escolaridade .....

Profissão ..... Local de trabalho .....

Morada ..... Telefone .....

**RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA (no caso de não serem os pais biológicos)**

Nome ..... Parentesco .....

Idade ..... Estado civil .....

Escolaridade ..... Profissão .....

Local de trabalho ..... Telefone .....

Detentor do poder paternal (mãe, pai, ambos, outro) .....

**MEIO FAMILIAR E SOCIAL**

Genograma

N.º PROCESSO .....

N.º de pessoas que compõem o agregado familiar .....

Contexto habitacional (Tipo de casa, n.º de divisões, condições sanitárias, etc) .....

Rede de apoio social (Tipo de relação c/ família alargada, amigos e vizinhança, instituições, etc) .....

Classificação social (segundo Graffar)

Categoria	1º	2º	3º	4º	5º
Profissão					
Nível de instrução					
Fontes de rendimento					
Tipo de bairro					
Tipo de casa					
Total de pontos					

**CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO**

Quem vem com a criança.

Motivo da consulta

Queixas principais

N.º PROCESSO .....

Ício das queixas/evolução

O que foi feito para o resolver

Expectativas em relação ao serviço

Disponibilidade da família

**ANTECEDENTES PESSOAIS/FAMILIARES RELEVANTES**

N.º PROCESSO .....

OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA (RESUMÃO)

RELATÓRIOS E EXAMES APRESENTADOS/ PEDIDOS

OBSERVAÇÕES

ATENDIMENTO REALIZADO POR \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

N.º PROCESSO .

**REPRESENTAÇÃO EM REUNIÃO DE TRIAGEM**

DATA:

Discussão/Listagem de Problemas

Orientação

MÉDICO RESPONSÁVEL .....

***ANEXO XI***

***PROJECTO DE UMA ACTIVIDADE REALIZADA NUM GRUPO TERAPÊUTICO***

---



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional  
**Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

*Estágio de Pedopsiquiatria*

*Clínica da Juventude*

*Projecto de uma actividade realizada num grupo terapêutico*

## **“O Ano”**

**Aluno: Luís Guilherme Miguel dos Reis**

**Nº- 192009004**

**Sob orientação de: Enf<sup>ª</sup> Fernanda Pedro**

**Enf<sup>ª</sup> Paula Vaz**

**Prof. Sarreira Santos**

**Sintra**

**Dezembro de 2010**

## Índice

Introdução	3
Caracterização dos elementos do grupo terapêutico	4
Definição da Finalidade/ Objectivos/ Estratégias	9
Actividades/ Avaliação	10
Breves Considerações Finais	11

## **Introdução**

No âmbito da realização do módulo III de estágio do curso de Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado na clínica da juventude, foi proposto a elaboração e a realização de uma actividade com um grupo terapêutico no Hospital de Dia.

A actividade, intitulada “O Ano”, consiste na composição de um tema musical, onde inclui a elaboração da respectiva letra da música, o ensaio, e a apresentação do tema musical.

O título do tema musical, que consiste no título deste projecto, foi idealizado pelo grupo, assim como a respectiva letra da música.

A escolha do contexto desta actividade, baseou-se num mesmo núcleo motivacional partilhado por todos os elementos do grupo terapêutico, a música. Todos os elementos deste grupo partilham, de uma maneira geral, o mesmo gosto pela música. Assim, a música foi utilizada como instrumento para a concretização dos objectivos definidos para esta actividade.

Do projecto faz parte, a caracterização dos vários elementos que compõem o grupo terapêutico, a determinação da finalidade, objectivos, estratégias, actividades e avaliação do mesmo.

## **Caracterização dos elementos do grupo terapêutico**

O grupo terapêutico é constituído por quatro adolescentes, três rapazes e uma rapariga.

A adolescente, de nome A.T. tem 14 anos de idade, nasceu a 28.01.1996, encontra-se a estudar no 9º ano. Filha única, vive com os pais.

Como antecedentes pessoais, foi seguida por psicologia aos 8 anos de idade por alterações de comportamento na sequência da ausência da mãe e aos 12 anos de idade por ansiedade em contexto de doença da mãe (angioma cerebral com necessidade de intervenção cirúrgica). Teve alta do acompanhamento psicológico em Junho de 2010.

Relativamente a história actual, assintomática e bem integrada no contexto sócio familiar até Setembro de 2009, altura em que mudou de escola (saiu da área do Barreiro e veio para Lisboa) revelando dificuldade na adaptação ao novo meio escolar. Aparentemente ter-se à incompatibilizado com uma colega, existindo registo de violência psicológica sobre a adolescente desde Janeiro de 2010, facto que inicialmente ocultou dos pais.

No segundo e terceiro trimestres lectivos de 2010 ocorreu diminuição do aproveitamento escolar, passando a queixar-se de “receio” da colega por esta a insultar e ameaçar. Com isolamento social.

Em Julho quando os pais lhe falaram da escola, ocorreu episódio de heteroagressividade, atirando objectos e cadeiras referindo que matava a colega se a visse. No último fim-de-semana de Agosto, de férias com os avós e pais no Alentejo, surgiu novo episódio de heteroagressividade dizendo que não regressaria a escola. Foi levada a urgência do hospital de Elvas onde foi observada, enviada para o hospital Garcia Horta e conseqüentemente encaminhada para o Hospital D<sup>a</sup> Estefânia, tendo sido internada no serviço de pedopsiquiatria. O internamento foi condicionado por alterações súbitas do comportamento com heteroagressividade verbal e física para com os familiares e estado de ansiedade marcado, existindo a hipótese de “alucinações auditivo-verbais” a esclarecer.

O internamento decorreu sem intercorrências, não se apurando actividade produtiva, mas sim a existência de pensamentos intrusivos e sintomatologia compatível com stress pós traumático. Internada no serviço pedopsiquiatria de 30.08.2010 a 13.09.2010

Realizou avaliação psicológica que revelou boas competências cognitivas e instrumentais. A nível emocional parece apresentar um funcionamento obsessivo e dificuldades de integração dos impulsos agressivos

Alta com indicação para manter consulta de pedopsiquiatria (clínica da juventude); devendo manter intervenção psicoterapêutica com psicóloga existente. Teve o primeiro atendimento na clínica da juventude a 14.09.2010.

A 28.09.10 recorre novamente ao S.U. por crise de agressividade (zanga após ter sido insultada por rapariga na escola) mantida com grande mal-estar e revolta que se acentuou com crise de hiperglicemia do pai e recorrência ao hospital deste; já neste local sentiu que o médico a culpabilizou do ocorrido. Realizado intervenção na crise com sucesso.

A 11.10.2010 recorre novamente ao S.U. por agressividade com mãe, o pai encontra-a sentada no parapeito da janela e por cortes superficiais nos braços e no abdómen na sequência de zanga com o namorado e terminus do namoro. Dizia por sentir-se frustrada e com raiva.

Em S.U. nega ideação suicida, apura-se insegurança com os pares, na nova escola só tem uma melhor amiga. Apresenta dificuldades de relação com os pais principalmente com a mãe. Refere tensão, raiva antes de passar ao acto e melhoria e alívio após agir.

Actualmente é seguida em consulta na clínica da juventude e no Hospital de Dia onde integra vários projectos terapêuticos.

Como outros antecedentes pessoais e familiares relevantes, é seguida na pediatria desde os 3 anos por enxaqueca, a mãe, como já referido anteriormente, já foi intervencionada a meningioma há dois anos e a avó materna apresenta perturbação neuro-psiquiátrica e depressão, medicada.

Como actividades nos tempos livres, diz gostar imenso de música, toca guitarra, faz natação desde os dois anos de idade e vai a catequese aos sábados e domingos de manhã.

Um outro adolescente, de nome F.R., tem 13 anos de idade, nasceu a 13.03.1997 frequenta o 8º ano de escolaridade. Vive com os pais e irmã mais velha de 17 anos.

Aos quatro anos de idade manifesta primeiros sinais de instabilidade e sofrimento, com episódios de “mutismo selectivo”.

Inicia acompanhamento por pedopsiquiatria em 2003 por dificuldades de adaptação, isolamento social, impulsividade, agressividade, intolerância a frustração, não cumprimento de regras.

Encaminhado pela primeira vez para a pedopsiquiatria em 2003 (tinha 6 anos) por recomendação do pediatra que seguia o F.R. Realizado tentativa de acompanhamento por psicologia sem sucesso, não falava nas sessões. Nesta altura o pai do F.R. refere que o filho costuma ter “ataques de fúria”, intolerância e agressividade, “ há dias quando foi contrariado

disse que quando chegasse a casa se matava com uma faca e assim nunca mais iria a escola” (sic). Não se sabe quando teve alta da consulta.

Iniciou psicoterapia aos 11 anos (Maio 2009) com frequência semanal, motivado pelas perturbações de comportamento na escola e em casa. Foi referido pelo psicólogo que o F.R. apresentava um funcionamento intelectual de acordo com a idade, ao nível emocional existia dificuldade do adolescente e dos pais na gestão da dimensão impulsiva, no caminho para a autonomia e na construção da identidade. No sentido da obtenção de uma resposta mais adequada para a terapêutica farmacológica, o adolescente foi encaminhado novamente para a clínica da juventude.

Primeiro atendimento na clínica da juventude em 24.06.2010. Passa a ser acompanhado em consulta por dificuldade de controlo de impulsos e dificuldade de socialização em contexto de perturbação global do desenvolvimento, perturbação do humor e perturbação de ansiedade. Apresenta dificuldades emocionais que prejudicam o pleno desenvolvimento das suas capacidades cognitivas e em situações de stress fica ansioso e potencialmente agressivo.

Pretende-se com o acompanhamento na clínica da juventude um maior auto conhecimento, melhor controlo da impulsividade e melhoria da socialização.

Integrado nos projectos terapêuticos do Hospital de Dia como estratégia de concretização destes objectivos com aparente melhoria da sintomatologia inicial.

Como antecedentes familiares relevantes o pai tem história de impulsividade e a irmã de perturbação afectiva.

Um outro adolescente, de nome F.S., nascido a 22.02.1995, 15 anos de idade, frequenta o 6º ano tendo já chumbado quatro vezes, uma no segundo ano e as restantes no sexto. Vive com a mãe, com a avó e mais três irmãos rapazes. Tem uma irmã que está em Inglaterra a estudar.

Esteve com a mãe até aos três anos de idade, depois foi para o infantário. A mãe refere que o F.S. desde pequeno apresentava sono agitado. No infantário apresenta comportamentos agressivos dirigidos aos colegas e em casa dirigidos aos irmãos sem aparente controlo. Tem história de alterações de comportamento e agressividade até ao quarto ano, aumentando a partir do 5º ano associado a intolerância a frustração, não obedecendo nem cumprindo regras. Nunca foi seguido.

Teve o primeiro atendimento na clínica da juventude a 24.11.08 por absentismo escolar, comportamentos de auto mutilação, roubos, insónia, impulsividade, irritabilidade, agressividade e alterações do humor. Sem projectos futuros.

Integrado no Hospital de Dia por ansiedade e dificuldade de controlo de impulsos (agressividade).

O F.S. apresenta uma personalidade de base depressiva, com tendência para a acção, manifestando sentimentos de ineficácia e baixa de auto estima.

No decorrer das intervenções verificou-se uma melhoria considerável do humor e no controlo dos impulsos, bem como no seu comportamento, interage de forma adequada com pares e técnicos da equipa. Participa de forma activa e interessada nas actividades. Tem uma família presente. Sendo a mãe o elemento de referencia.

Em Outubro de 2010 foi sinalizado à CPCJ pela presidente do agrupamento de escolas, por processo evolutivo marcado por dificuldades de atenção, concentração, atitudes de desmotivação, com total abandono do estudo. O comportamento oscila entre negativismo, apatia ou sonolência e as manifestações agressivas, físicas ou verbais. Após descargas de agressividade manifesta arrependimento, verbalizando dificuldades em controlar as suas acções. Também manifesta agressividade em casa dirigida essencialmente a mãe. Aumento crescente da agressividade para com os colegas, escolhendo alvos frágeis. Advertências ineficazes.

Actualmente está integrado no grupo terapêutico de sexta-feira a tarde e nas sessões de cineterapia.

Revela por vezes alguma crítica para o seu comportamento referindo “sou mal comportado”, assume não ter as melhores companhias, mas não aceita separar-se

Como antecedentes familiares relevantes, o irmão mais novo tem o diagnóstico de hiperactividade.

Como interesses pessoais revela gosto na música e futebol.

O quarto e último adolescente, o M.F. tem 17 anos de idade, nasceu a 19.06.1993, já não estuda, ficou no 7º ano, trabalha com o pai, vive com os pais e irmã, cinco anos mais velha.

Os pais referem que no 4º ano de escolaridade o filho torna-se mais agressivo e menos sociável. Tinha poucos amigos.

Iniciou pela primeira vez seguimento na clínica da juventude em Janeiro de 2002 (tinha 9 anos), por dificuldades escolares e de socialização. Era descrito como uma criança com dificuldades relacionais com os pares, com dificuldade em brincar com outras crianças o que levava ao seu isolamento. Avaliado em psicologia clínica, acompanhado em psicoterapia até Junho 2003. Mãe também fez psicoterapia. Exame psicológico refere dificuldades ao nível cognitivo e instrumental, potencializados pela perturbação emocional de origem precoce, que

evidencia. Tratava-se de um quadro psicopatológico com características psicóticas. Abandonou seguimento por alegadamente a família se ter deslocado para a província.

Regressa em Julho 2008 para novo seguimento por recusa escolar, baixa de auto-estima, isolamento, défice de aprendizagem. Queixa-se de não ter amigos, apresentava olhar triste, vazio e sem expressão. O isolamento social, os seus interesses muito específicos em carros e máquinas e a dificuldade nas aprendizagens, parecem permitir por a hipótese diagnóstica de Síndrome de Asperger.

Devido ao pai se ter envolvido emocionalmente com outra pessoa durante um ano, a mãe necessitou de acompanhamento psiquiátrico por Síndrome Depressiva (Novembro de 2007), o que interferiu no funcionamento psíquico do M.F.

Desde de dez 2007 que não ia a escola. Referia dificuldades em se concentrar e apresentava dificuldades relacionais marcadas. Ficou mais triste desde que tomou conhecimento do possível diagnóstico de síndrome de Asperger. Acompanhado inicialmente no hospital Miguel Bombarda.

Apresentava humor tonalidade depressiva, isolamento social, ansiedade marcada antecipatória relativamente a escola. Não tolerava contacto físico.

Internado no Hospital de Dia em Abril de 2009 por fobia escolar e dificuldades de socialização. Diagnosticado perturbação de Asperger, Perturbação Depressiva e Perturbação de Ansiedade. Pretendia-se com este projecto terapêutico uma melhoria da socialização e a reintegração escolar.

Entretanto tentou-se alterar o curso duas vezes sem sucesso, mantendo angústia marcada, sofrimento e insónia pelo que acaba por ficar retido no 7º ano de escolaridade e ir trabalhar com o pai no início de 2010.

Mantém acompanhamento em Hospital Dia, desde Agosto de 2009 que realiza treino de autonomia, assim como participa nas sessões de cineterapia e no grupo terapêutico às sextas-feiras.

Tem apresentado melhoria geral do seu comportamento com redução da angústia, melhoria da auto-estima e da socialização.

Como antecedentes familiares, o pai tem Talassémia minor e a irmã apresenta características obsessivas da personalidade.

Como interesses pessoais, gosta de música, toca viola, cavaquinho e piano.

## **Definição da Finalidade/ Objectivos/ Estratégias**

### **Finalidade da Actividade**

Utilizar o *Setting* de Grupo como instrumento terapêutico de desenvolvimento individual e de crescimento interpessoal.

### **Objectivo Geral da Actividade**

Desenvolver competências pessoais e interpessoais nos elementos do grupo terapêutico.

### **Objectivos Específicos**

- Estimular a criatividade e a motivação;
- Promover a comunicação e a interacção de grupo;
- Promover a responsabilidade e a cooperação inter-pares;
- Fomentar a coesão do grupo;
- Estimular a partilha e a aceitação do grupo;
- Estimular a reflexão;
- Promover a utilização da música como forma de expressão de afectos e emoções;
- Desenvolver a auto estima e o auto conceito;
- Aliviar a ansiedade e a tensão dos elementos do grupo.

### **Estratégias**

- Propor a realização de uma actividade, com a duração de 4 sessões (4x1.5h), tendo por base a composição de um tema musical.
- O grupo deverá:
  - Escolher o tema musical que seja do seu agrado;
  - Escrever a letra da música com um max. de 1.30m de duração;

- Ensaiar o tema musical e apresentar o tema no lanche de Natal do Hospital Dia.

## **Sessões**

### ***Primeira sessão:***

26 de Novembro de 2010 das 14.30h as 16h.

Sumário: Escolha do tema da musica e inicio da elaboração da letra da musica.

### ***Segunda sessão:***

3 de Dezembro de 2010 das 14.30h as 16h.

Sumário: Finalização da elaboração da letra da musica e inicio do ensaio da musica.

### ***Terceira sessão:***

10 de Dezembro de 2010 das 14.30h as 16h.

Sumário: Ensaio da música.

### ***Quarta sessão:***

17 de Dezembro de 2010 das 14.30h as 16h

Sumário: Apresentação do tema musical no lanche de Natal do Hospital Dia.

## **Avaliação**

- Os elementos do grupo:
  - Demonstraram criatividade na escolha do tema e elaboração da letra da música;
  - Demonstraram motivação e empenho na realização da actividade;
  - Comunicaram e interagiram de forma adequada e eficaz;
  - Demonstraram responsabilidade na realização da actividade;
  - Apresentaram espírito de cooperação;

- Partilharam e aceitaram ideias e opiniões dos restantes elementos;
- Reflectiram sobre as decisões tomadas;
- Apresentaram iniciativa e assertividade;
- Expressaram sentimentos, emoções e afectos;
- Apresentaram baixos níveis de ansiedade e tensão.

### ***Breves Considerações Finais***

Pretende-se com a realização deste género de trabalhos adquirir competências na realização de projectos de enfermagem, instrumentos cada vez mais importantes na implementação de novas práticas ajustadas às necessidades e baseadas na evidência.

Pretende-se com a realização de actividades em grupos terapêuticos, intervir junto dos elementos do grupo, e com base nas necessidades identificadas, desenvolver as suas competências pessoais e interpessoais, aumentando a sua qualidade de vida.