

IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA EM CASAS GRÁVIDOS

Autor: 5240097 - Adriana Gomes

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Professora Orientadora: Doutora Catarina Tomás

Leiria, abril de 2026



Relatório apresentado ao Instituto
Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado
sob a orientação científica da Doutora Catarina Tomás, Professora
Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Leiria.

“A vida é como andar de bicicleta. Para manter o equilíbrio, devemos continuar a andar.”

Albert Einstein

Agradecimentos

Este relatório sintetiza um percurso de muitas conquistas, de muito esforço e de um enorme crescimento pessoal e profissional, mas que não foi feito sozinho pelo que agradeço profundamente a todos aqueles que estiveram presentes e que me apoiaram neste percurso.

Agradeço em primeiro lugar à minha família: ao meu marido, aos meus filhos e aos meus pais por todo o apoio e paciência durante este percurso. Sem eles nunca teria conseguido, pois foram eles que me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos para que pudesse realizar este sonho. Espero que me perdoem por todas as ausências por motivos de trabalho, de cansaço físico e psíquico.

Agradeço também imenso à professora Catarina Tomás por todo o apoio, disponibilidade e motivação ao longo deste percurso.

Às enfermeiras Carla, Rita, Veronique, Ana e Lisa por me acompanharem neste processo de crescimento, por toda a paciência e ensinamentos.

Às minhas colegas de mestrado que foram um grande apoio durante este período, agradeço-lhe profundamente por todos os momentos de partilha, de apoio e de motivação.

Agradeço também aos meus colegas de trabalho e à minha enfermeira gestora por todo o apoio e por permitirem tornar este percurso mais fácil.

Um muito obrigado também a todos os professores do mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Leiria, por todos os ensinamentos e por possibilitarem o meu desenvolvimento profissional.

Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde de Leiria e tem como finalidade descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao longo dos vários estágios realizados em contexto de internamento, comunidade e respostas diferenciadas. O percurso formativo foi sustentado em metodologia científica, em modelos teóricos de enfermagem, tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental, no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, assente na identificação das necessidades/elaboração de diagnósticos, no planeamento e implementação de intervenções especializadas e na avaliação das mesmas, com o objetivo de obter ganhos em saúde mental, com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs, o que permitiu integrar conhecimentos teóricos, experiência clínica e desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo dos diferentes contextos de aprendizagem foram desenvolvidas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como competências específicas relacionadas com a autoconhecimento e autoconsciência, a otimização da saúde mental, a recuperação da saúde mental e a implementação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. A experiência clínica permitiu consolidar o papel diferenciador do enfermeiro especialista em saúde mental junto da pessoa, família, grupos e comunidade, com destaque para a importância da relação terapêutica, da prática baseada na evidência e da individualização dos cuidados.

Este relatório integra ainda um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado Promoção da Parentalidade Positiva em Casais Grávidos, desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade. O projeto teve como objetivos promover a parentalidade positiva, avaliar a vinculação materna e paterna nos períodos pré e pós-parto e analisar os níveis de saúde mental dos casais grávidos nesses dois momentos. Os resultados evidenciaram níveis globalmente elevados de vinculação parental no pré e no pós-parto, com uma subida da pontuação global da vinculação paterna no período pós-parto, valores médios elevados de parentalidade positiva e trajetórias individuais distintas ao nível da saúde mental. Embora os resultados não tenham permitido demonstrar benefícios estatisticamente significativos em todas as variáveis estudadas, a sua análise revelou pertinência clínica e assistencial, bem como a importância da intervenção especializada do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. O projeto permitiu ainda identificar necessidades de melhoria, designadamente ao nível do alargamento da amostra, da continuidade do acompanhamento no pós-parto e do aperfeiçoamento dos modelos de avaliação.

Palavras-chave

Enfermagem; Saúde Mental; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Parentalidade Positiva; Vinculação Parental; Saúde Mental Perinatal.

Abstract

This report was prepared as part of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Leiria School of Health and aims to describe, analyse and critically reflect on the process of developing the core competencies of the Specialist Nurse and the specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, throughout the various placements undertaken in inpatient, community and specialist care settings. The training pathway was grounded in scientific methodology and theoretical nursing models, based on the Quality Standards for Mental Health Nursing Care, the Regulations on Common Competencies for Specialist Nurses, and the Regulations on Specific Competencies for Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing, centred on the identification of needs and the formulation of diagnoses, the planning and implementation of specialised interventions, and the evaluation of these, with the aim of achieving improvements in mental health, using Gibbs' Reflective Cycle, which enabled the integration of theoretical knowledge, clinical experience, and personal and professional development.

Throughout the various learning contexts, skills were developed in the areas of professional, ethical and legal responsibility, continuous quality improvement, care management and professional learning development, as well as specific skills related to self-knowledge and self-awareness, the optimisation of mental health, mental health recovery, and the implementation of psychotherapeutic, sociotherapeutic, psychosocial and psychoeducational care. Clinical experience enabled the consolidation of the distinctive role of the specialist mental health nurse in relation to the individual, family, groups and community, with particular emphasis on the importance of the therapeutic relationship, evidence-based practice and the individualisation of care.

This report also includes a Continuous Improvement Project for the Quality of Nursing Care, titled "Promoting Positive Parenting Among Expectant Couples," which was carried out at a community care unit. The project aimed to promote positive parenting, assess maternal and paternal bonding during the pre- and postpartum periods, and analyze the mental health levels of pregnant couples at these two stages. The results showed overall high levels of parental bonding in the pre- and postpartum periods, with an increase in the overall score for paternal bonding in the postpartum period, high average values for positive parenting, and distinct individual trajectories in terms of mental health. Although the results did not demonstrate statistically significant benefits across all variables studied, their analysis revealed clinical and care-related relevance, as well as the importance of specialized intervention by nurses specializing in mental health and psychiatry. The project also identified areas for improvement, specifically regarding sample expansion, continuity of postpartum follow-up, and refinement of assessment models.

Translated with DeepL.com (free version)

Keywords

Nursing; Mental Health; Psychiatric Nursing; Positive Parenting; Parent-Child Relations; Perinatal Mental Health.

Lista de Abreviaturas, Acrônimos e Siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CAFAP - Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CLAS - Comissão Local de Ação Social

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSM-IA - Equipa Comunitária de Saúde Mental da Infância e Adolescência

EESMP - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EPVA - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

LTC - *Let's Talk About Children*

NACJR - Núcleo de Apoio a Criança e Jovens em Risco

NLI - Núcleo Local de Inserção

PRR - Plano de Recuperação e Resiliência

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPIA - Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

SPSM - Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

SWOT – S (Forças), W (Fraquezas), O (Oportunidades), T (ameaças)

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UIDEPP - Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

ÍNDICE

Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas	ii
ÍNDICE DE TABELAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
Introdução	7
Parte I	9
1. Caracterização dos Contextos de Aprendizagem	9
1.1. Contexto de Internamento	9
1.2. Contexto da Comunidade	11
1.3. Contexto de Respostas Diferenciadas	14
Parte II	18
1. Análise de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	18
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	18
a) Responsabilidade profissional, ética e legal	18
b) Melhoria Contínua da Qualidade	22
c) Gestão dos Cuidados	23
d) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	25
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	27
a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	27
b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	29
c) Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental	35
d) Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida	40
Parte III	46
1. Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Promoção da Parentalidade Positiva em Casais Grávidos	46
1.1. Identificar e Descrever o Problema	46
1.2. Perceber o Problema	49
1.3. Objetivos Iniciais	54
1.4. Perceber as Causas	54
1.5. Planear e Executar as Tarefas	59

1.6. Verificar Resultados	59
1.6.1. Resultados Obtidos.....	59
1.6.2. Discussão de Resultados	65
1.7. Propor Medidas Corretivas.....	69
1.8. Reconhecer e Partilhar o Sucesso.....	71
Considerações Finais.....	72
Referências Bibliográficas.....	74

APÊNDICES

APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO: CONTEXTO INTERNAMENTO

APÊNDICE II – PLANOS DAS SESSÕES DO PROGRAMA DE GRUPO “COMVIVER”: PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

APÊNDICE III – RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO

APÊNDICE IV – ATIVIDADE FÍSICA

APÊNDICE V – MINDFUL EATING

APÊNDICE VI – AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

APÊNDICE VII – AUTOGESTÃO DO REGIME DE EXERCÍCIO FÍSICO

APÊNDICE VIII – ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO 1: CONTEXTO COMUNITÁRIO

APÊNDICE X – ESTUDO DE CASO 2: CONTEXTO COMUNITÁRIO

APÊNDICE XI – INTERVENÇÃO "CUIDAR DE QUEM CUIDA"

APÊNDICE XII – INTERVENÇÃO "CUIDAR DAS EMOÇÕES PARA CUIDAR MELHOR"

APÊNDICE XIII – INTERVENÇÃO "ENTRE PREOCUPAÇÕES E FORÇAS"

APÊNDICE XIV – INTERVENÇÃO "RECONHECER AS PERDAS E CUIDAR DE SI"

APÊNDICE XV – INTERVENÇÃO "A MINHA ESPERANÇA"

APÊNDICE XVI – INTERVENÇÃO "RAÍZES DO AFETO"

APÊNDICE XVII – INTERVENÇÃO "CUIDAR DAS EMOÇÕES PARA CUIDAR MELHOR" - CASAIS GRÁVIDOS

APÊNDICE XVIII – INTERVENÇÃO "CÍRCULO DE BEM-ESTAR "

APÊNDICE XIX – INTERVENÇÃO "O LUGAR DA MULHER É ONDE ELA QUISER"

APÊNDICE XX – INTERVENÇÃO "BRINCAR COM AS EMOÇÕES"

APÊNDICE XXI – INTERVENÇÃO "COMUNICAR É MAIS DO QUE FALAR"

APÊNDICE XXII – INTERVENÇÃO "FALAR SOBRE VIOLÊNCIA"

APÊNDICE XXIII – INTERVENÇÃO "FALAR SOBRE VALORES"

APÊNDICE XXIV – INTERVENÇÃO COM O ESTUDO CASO "ENQUANTO HÁ VIDA HÁ ESPERANÇA"

APÊNDICE XXV – INTERVENÇÃO COM O ESTUDO CASO "INTERVENÇÃO BREVE"

APÊNDICE XXVI – INTERVENÇÃO COM O ESTUDO CASO "EU CONTROLO AS MINHAS EMOÇÕES"

APÊNDICE XXVII – INTERVENÇÃO COM O ESTUDO CASO "A MINHA VIDA"

APÊNDICE XXVIII – INTERVENÇÃO FINAL COM O ESTUDO CASO 3

APÊNDICE XXIX – ESTUDO CASO: CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

APÊNDICE XXX – PROJETO CRESCER +

APÊNDICE XXXI – FORMAÇÃO EM SERVIÇO

APÊNDICE XXXII – FOLHETO INFORMATIVO “ADOLESCENTES E REDES SOCIAIS”

APÊNDICE XXXIII – PLANO DA SESSÃO “SAÚDE MENTAL PERINATAL”

APÊNDICE XXXIV – PLANO DA SESSÃO “O NATAL DAS EMOÇÕES”

APÊNDICE XXXV – PLANO DA SESSÃO 1 DO PROGRAMA “MAIS CONTIGO”

APÊNDICE XXXVI – PLANO DA SESSÃO 2 DO PROGRAMA “MAIS CONTIGO”

APÊNDICE XXXVII – PLANO DA SESSÃO 9 DO PROGRAMA “ANOS INCRÍVEIS”

APÊNDICE XXXVIII – PLANO DA SESSÃO 10 DO PROGRAMA “ANOS INCRÍVEIS”

APÊNDICE XXIX – PLANO DA SESSÃO 1 DO PROJETO “PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA EM CASAS GRÁVIDAS”

APÊNDICE XL – PLANO DA SESSÃO 2 DO PROJETO “PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA EM CASAS GRÁVIDAS”

APÊNDICE XLI – PLANO DA SESSÃO 3 DO PROJETO “PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA EM CASAS GRÁVIDAS”

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA MHI-5

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS DE VINCULAÇÃO PRÉ-NATAL

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS DE VINCULAÇÃO PÓS-NATAL

ANEXO VI – QUESTIONÁRIO MATERNO PRÉ-NATAL DO PMCQCE

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO PATERNO PRÉ-NATAL DO PMCQCE

ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO MATERNO PÓS-NATAL DO PMCQCE

ANEXO IX – QUESTIONÁRIO PATERNO PÓS-NATAL DO PMCQCE

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de estrutura, processo e resultado.....	49
Tabela 2 - Critérios de Avaliação e Exclusão.	58
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica, obstétrica, familiar e contextual da amostra.....	61
Tabela 4 - Saúde mental parental (MHI-5) e Vinculação parental, no período pré-natal e pós-natal, e parentalidade positiva materna e paterna.	64
Tabela 5 - Análise SWOT do projeto.	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Espinha de Ishikawa.....	55
-------------------------------------	----

Introdução

A saúde mental constitui atualmente uma das principais preocupações em saúde pública a nível mundial, assumindo um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. As perturbações mentais representam uma das principais causas de incapacidade e de carga global da doença, afetando indivíduos ao longo de todo o ciclo vital e exigindo respostas cada vez mais integradas e centradas na pessoa (World Health Organization, 2022). As perturbações mentais são responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis. Contudo, e apesar da sua importância central no bem-estar dos indivíduos e impacto transversal na sociedade, a saúde mental, e em particular a sua promoção, não tem sido considerada uma prioridade ao nível das políticas de saúde e das comunidades (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Neste contexto, torna-se fundamental o desenvolvimento de intervenções especializadas que promovam a saúde mental, previnam a doença mental e assegurem respostas terapêuticas adequadas às necessidades das populações.

Neste enquadramento, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EESMP) assumem um papel fundamental na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, na intervenção terapêutica especializada e na reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento psíquico.

No âmbito do 5º curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria, surge o presente relatório de estágio, cujo objetivo consiste em descrever, analisar e refletir sobre as competências desenvolvidas em contexto de prática clínica durante o segundo e terceiro semestres do referido curso. A elaboração deste relatório pretende evidenciar o processo de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sustentando a reflexão realizada na evidência científica e em referenciais teóricos relevantes para a prática profissional.

De acordo com o ponto 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que define o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a enfermagem é caracterizada como uma profissão da área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem à pessoa, quer sã quer doente, ao longo do ciclo vital, bem como aos grupos sociais em que esta se insere, com vista à manutenção, melhoria e recuperação da saúde. Neste contexto, a qualidade dos cuidados assume um papel central na prática profissional dos enfermeiros.

A preocupação com a qualidade dos cuidados em saúde não é recente. Florence Nightingale, já em 1855, reconhecia a importância da qualidade na prestação de cuidados como elemento essencial para alcançar melhores resultados em saúde. Neste sentido, a reflexão sobre a prática profissional constitui um elemento fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, permitindo a identificação de necessidades, a definição de objetivos e a implementação de estratégias que promovam a excelência da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Neste enquadramento, a prática profissional do enfermeiro encontra-se orientada por referenciais normativos definidos pela Ordem dos Enfermeiros. O presente relatório foi elaborado tendo por base os princípios orientadores da profissão, nomeadamente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho), o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, publicados pela Ordem dos Enfermeiros, constituem, portanto, também um referencial fundamental para a prática profissional, sendo sustentados por seis enunciados descritivos que visam explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da profissão

de enfermagem. Estes enunciados permitem a definição de indicadores de qualidade que conferem visibilidade à intervenção dos enfermeiros na prestação de cuidados, constituindo simultaneamente um instrumento relevante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

De forma a facilitar o processo reflexivo sobre as experiências vivenciadas em contexto de ensino clínico, será utilizado o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*, que permite estruturar a reflexão sobre a prática através de diferentes etapas, nomeadamente descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação. A utilização deste modelo reflexivo pretende promover uma análise crítica das experiências vivenciadas, contribuindo para o desenvolvimento de competências profissionais e para a melhoria da prática clínica.

O presente relatório encontra-se estruturado em três partes principais. A primeira parte corresponde à descrição e caracterização dos diferentes contextos de ensino clínico, incluindo o modelo de organização e funcionamento das instituições e uma reflexão crítica sobre os mesmos. Na segunda parte são identificadas e analisadas as competências desenvolvidas nas áreas-chave da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, enunciando os objetivos e demonstrando o modo como foram atingidos, assim como as atividades realizadas para a sua concretização, a análise crítico-reflexiva, tendo por base os objetivos específicos definidos no projeto de estágio, em conjugação com os objetivos de aprendizagem do ensino clínico, a forma como decorreu a aplicação das intervenções no terreno, assim como os resultados obtidos e percebidos. Por fim, a terceira parte apresenta o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem desenvolvido no âmbito do curso, designado “Promoção da Parentalidade Positiva em Casais Grávidos”, no qual são descritas as diferentes etapas do projeto, desde a identificação da área problema, os objetivos, plano de intervenção, fundamentando as diferentes etapas, desde o planeamento, à realização e avaliação, incluindo o aprofundamento do tema selecionado.

Os projetos de melhoria contínua constituem uma forma de dar resposta, através da implementação de indicadores de cuidados que traduzem a mensurabilidade quantitativa ou qualitativa, dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Este relatório reflete, assim, não apenas o percurso realizado no desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, mas também o processo de crescimento pessoal e profissional que acompanhou este percurso formativo.

Parte I

1. Caracterização dos Contextos de Aprendizagem

1.1. Contexto de Internamento

O primeiro ensino clínico teve a duração de 11 semanas, com início a 22 de abril e término a 04 de julho de 2025. Este foi realizado numa Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria (UIDEPP) de uma Unidade Local de Saúde (ULS), da região centro.

Esta unidade tem como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde a pessoas com patologia mental crónica da área de influência da ULS em questão e localiza-se numa zona rural, o que facilita o acesso a aldeias próximas e o contato dos utentes com a comunidade, de forma a promover a sua autonomia e o treino de competências sociais, dos utentes internados nesta unidade. Este serviço tem 50 vagas para prestação de cuidados de saúde a doentes com patologia mental crónica, principalmente perturbações psicóticas, esquizofrenia, abuso de substâncias associado a outras psicopatologias, em pessoas que na sua maioria são carenciados em apoio sociofamiliar, que provêm de famílias disfuncionais ou que manifestam incapacidade para a capacitação na continuidade de cuidados, mesmo quando o utente reúne condições para ter alta. Por outro lado, existem também casos onde não existe família, pelo que uma parte destes utentes não possui laços familiares ou de amigos.

Muitos destes utentes veem esta unidade como a sua casa, vivendo alguns deles, na mesma, há 30 ou 40 anos. Por outro lado, muitos deles têm múltiplos internamentos que se devem à má adesão ao regime terapêutico. Durante o referido estágio verifiquei que os diagnósticos de enfermagem mais evidentes nas pessoas internadas na unidade, de acordo com a taxonomia CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros, 2016), e transversais à maioria dos utentes, eram o comportamento interativo comprometido, comunicação comprometida, adaptação ao meio envolvente comprometida, socialização comprometida, cognição comprometida, pensamento comprometido, ansiedade, tristeza, delírio, alucinação, autocontrolo comprometido, autogestão do regime medicamentoso comprometido, autogestão do regime alimentar comprometido, autogestão do regime de exercício comprometido, processo familiar comprometido, risco de não adesão ao regime terapêutico, gestão do regime terapêutico comprometido, potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso, potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença, aceitação do estado de saúde comprometido e potencial para melhorar conhecimento sobre processo patológico.

Relativamente ao método de trabalho, nesta unidade é utilizado o método de trabalho em equipa. Este método de trabalho caracteriza-se por ser centrado na pessoa, através da divisão dos enfermeiros por grupos, coordenados por um líder que garante que as qualificações de cada enfermeiro sejam aproveitadas, bem como as capacidades do grupo sejam rentabilizadas, com vista a uma prestação de cuidados integrais às pessoas sob a sua responsabilidade, diminuindo a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, & Cardoso, 2021).

A conceção dos cuidados nesta unidade encontrava-se alinhada com os princípios do modelo de recuperação em saúde mental, que valoriza a pessoa como agente ativo no seu processo de saúde e reabilitação, promovendo a sua autonomia e a sua reinserção na comunidade. A Lei de Saúde Mental nº36/98, revogada pela Lei nº35/2023, estabelecem como princípios gerais das políticas de saúde mental a promoção prioritária de prestação de cuidados de saúde mental a nível da comunidade, evitando assim o afastamento dos utentes do seu meio habitual e facilitando a sua reabilitação e inserção social. A prestação dos cuidados de saúde mental deverá ser preferencialmente efetuada num meio o menos restritivo possível, em estruturas residenciais, centros de dia, unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados

ao grau específico de autonomia dos utentes (Sequeira & Sampaio, 2020). Na UIDEPP é promovido a reinserção destas pessoas na comunidade, num ambiente o menos restritivo possível, através da capacitação destas pessoas a atingirem o melhor nível de funcionamento, isto é, efetua-se reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental crónica de evolução prolongada.

A Reabilitação Psicossocial em pessoas com doença mental crónica de evolução prolongada, surge como uma abordagem mais específica e complementar ao tratamento comum, onde o principal objetivo é a capacitação da pessoa com perturbação mental de modo a esta atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num meio o menos restrito possível. Desta forma procura-se compensar as incapacidades através da recuperação e da aprendizagem de competências individuais e sociais, assim como através da criação de suportes sociais adequados aos seus níveis de autonomia ou de dependência. Sendo assim, pode dizer-se que o objeto da reabilitação psicossocial não é o "doente", mas sim a "pessoa" que tem o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros (Ferreira, 2013).

Os EESMP da UIDEPP assumiam um papel central neste processo, mobilizando competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente ao nível da avaliação especializada da saúde mental, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas, bem como na promoção da adaptação à doença e na capacitação da pessoa para o desenvolvimento do seu projeto de vida. Desta forma, a intervenção do enfermeiro especialista contribuía para uma abordagem centrada na pessoa, integrando as dimensões biológica, psicológica e social no processo de cuidados.

O modelo teórico utilizado como orientador para a prática de enfermagem na UIDEPP é a teoria das relações interpessoais, de Hildegard Peplau. Esta teoria conceptualiza a pessoa como parceiro no processo de enfermagem, sendo o processo de enfermagem educativo e terapêutico, assente na circunstância de que quando o enfermeiro e pessoa chegam a conhecer-se e a respeitar-se, como pessoas iguais e por vezes diferentes, como pessoas que participam na solução de problemas. De acordo com Peplau, a enfermagem é um processo significativo, terapêutico e interpessoal, que funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades. Esta fundamenta-se na teoria das interações, e ajuda-nos a perceber a relação enfermeiro-pessoa, como uma relação baseada no facto de quando duas pessoas se encontram, numa relação criativa, ocorre um senso ininterrupto de reciprocidade e união, desenvolvendo um processo de autossatisfação, que passa a ser uma experiência de crescimento (Marques, Néné, & Sequeira, *Enfermagem Avançada*, 2024).

Os cuidados às pessoas internadas neste serviço eram assegurados por uma equipa multidisciplinar constituída por 1 diretor de serviço, 1 psiquiatra, 7 EESMP, sendo que um deles acumula funções de coordenação do serviço, 9 enfermeiros generalistas, 10 técnicos auxiliares de saúde, 1 terapeuta ocupacional, 1 técnica superior de serviço social e 1 assistente técnico. No seio da equipa multidisciplinar, os EESMP assumiam um papel fundamental na avaliação das necessidades psicossociais dos utentes, na formulação de diagnósticos de enfermagem e na implementação de intervenções especializadas. Para além da prestação direta de cuidados, os EESMP desempenhavam funções de gestão do plano de cuidados, articulação entre os diferentes elementos da equipa, promoção da continuidade de cuidados e capacitação dos utentes e famílias para a autogestão da doença. Estes profissionais contribuía ainda para a promoção de ambientes terapêuticos seguros, para o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial e para a dinamização de intervenções individuais e grupais, fundamentais neste contexto de internamento prolongado.

A unidade, no momento que decorreu o estágio, tinha 44 doentes internados, divididos em dois edifícios, o pavilhão A e o pavilhão B, ligados por um telheiro. No pavilhão A existia também o refeitório de uso comum a todos os utentes, uma barbearia, vários WC, a copa dos funcionários, a sala de convívio dos utentes, sala de atividades, enfermarias com espaço para 6 e 4 utentes e ainda 4 quartos individuais para contenção ambiental.

No pavilhão B havia uma sala polivalente, cozinha, várias enfermarias com espaço para 3 utentes com WC privado, 1 quarto com WC para contenção ambiental e várias salas de trabalho distribuídas por 2 pisos. Esta é uma unidade que funcionava 24 horas por dia, todos os dias do ano e tinha vários projetos em curso, e onde existiam muitas atividades, nomeadamente atividades de troca de livros, intervenções psicoterapêuticas especializadas individuais e de grupo (relaxamento, yoga, exercícios respiratórios, alongamentos, horta terapêutica, reunião comunitária, ludoterapia, neurofitness, estimulação cognitiva, psicoeducação), cozinha terapêutica, terapia pela arte, terapia pela leitura, terapia pelo cinema, e ainda musicoterapia em parceria com uma Associação Artística Musical local.

As atividades terapêuticas desenvolvidas na unidade contavam com a participação ativa da equipa de enfermagem, nomeadamente dos EESMP. Estes profissionais assumiam um papel central na planificação, dinamização e avaliação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas, orientadas para a promoção da autonomia, desenvolvimento de competências sociais e melhoria do funcionamento psicossocial dos utentes. Entre as intervenções especializadas desenvolvidas pelos EESMP destacavam-se a dinamização de sessões de relaxamento, exercícios respiratórios, estimulação cognitiva, grupos psicoeducativos, reuniões comunitárias e intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo, enquadradas nas competências específicas do EESMP. Para além disso, os EESMP colaboravam na articulação com outros profissionais, como terapeutas ocupacionais e técnicos de expressão artística, integrando estas atividades num plano terapêutico individualizado ou de grupo, de forma a potenciar os seus benefícios terapêuticos. A participação do EESMP nestas intervenções permitia uma abordagem centrada na pessoa, considerando as suas necessidades emocionais, cognitivas e sociais, bem como a promoção da adesão ao regime terapêutico e a sua reabilitação psicossocial.

A referenciação de utentes para esta unidade era, geralmente, realizada pelo serviço de internamento de psiquiatria de agudos do Hospital da mesma ULS, do serviço em questão. No momento da alta os utentes iam habitualmente para o domicílio, para estruturas residenciais para pessoas idosas ou para unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Durante o estágio, pode ainda verificar que ao longos dos anos, o conselho de administração tem promovido a melhoria das instalações, de forma a conferir qualidade de vida aos seus utentes e melhores condições de trabalho aos seus funcionários. Na altura, encontrava-se em aberto um projeto de reestruturação da unidade em residências assistidas. Com este projeto objetivava-se que o foco de atenção fosse desviado do utente para a pessoa, valorizando a sua autonomia e integração na comunidade (Sequeira & Sampaio, 2020).

1.2. Contexto da Comunidade

O segundo estágio teve também a duração de 11 semanas, iniciou-se a 08 de setembro e terminou a 21 de novembro de 2025. Este foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma unidade funcional dos cuidados de saúde primários, pertencente a uma ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo.

As UCC em Portugal foram criadas através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo que estes eram constituídos por várias unidades funcionais que agruparam um ou mais dos anteriores centros de saúde, e cuja missão era garantir a prestação de cuidados de saúde primários (CSP) à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constavam as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Ainda de acordo com este decreto-lei, revogado nalguns artigos mas cujos conceitos das unidades funcionais ainda se encontram em vigor atualmente, as UCC prestam cuidados de saúde, 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 exija acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei n.º28/2008, de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2008). Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 102/2023, veio proceder à reestruturação das anteriores entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde(SNS), adotando-se o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde, o que na área geográfica em questão significou que três unidades hospitalares, integrassem os Centros de Saúde desta mesma região passando-se a denominar Unidade Local de Saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro do Ministério da Saúde, 2023) , a 01 de janeiro de 2024, mas cujas designações e âmbitos de prestação de cuidados, das unidades funcionais, ainda se mantém atualmente.

A equipa da UCC era, quando decorreu o estágio, constituída por 7 enfermeiros, sendo 6 deles enfermeiros especialistas, 2 especialistas em enfermagem de saúde comunitária sendo que um deles acumula funções de gestão, 1 especialista em enfermagem de reabilitação, 1 em enfermagem de saúde materna e obstétrica, 1 em enfermagem de saúde infantil e juvenil, 1 em EESMP e por fim 1 enfermeiro generalista. Para além dos enfermeiros, a equipa da UCC é ainda constituída por 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente técnica. Estes profissionais prestam cuidados a esta população todos os dias úteis das 9h às 18h e aos fins-de-semana e feriados em atividades programadas e segundo necessidade (Brás, Bento, Costa, & Rousselot, 2024).

No seio da equipa multidisciplinar, o EESMP assumia um papel fundamental na identificação precoce de problemas de saúde mental na comunidade, na avaliação especializada das necessidades psicossociais das pessoas e famílias e na implementação de intervenções terapêuticas adequadas a cada situação.

A intervenção do EESMP incluía a formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas, bem como a articulação com outros profissionais e serviços da comunidade, promovendo a continuidade e integração dos cuidados. Estas intervenções enquadram-se nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental definidas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial.

O método de trabalho usado na UCC era o método por gestão de caso. A gestão de caso refere-se ao processo de prestação de cuidados de acordo com “tipo de caso” ou necessidades individuais identificadas na pessoa, com o objetivo de atingir os resultados esperados dos cuidados ao utente dentro de um limite de tempo apropriado (Rice, 2004).

A conceção dos cuidados desenvolvidos nesta UCC encontrava-se alinhada com os princípios dos cuidados de saúde primários, isto é, cuidados orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença, integrando igualmente os pressupostos do modelo de recuperação em saúde mental, que valoriza a pessoa como elemento ativo no seu processo de saúde e bem-estar. Este modelo centra a intervenção nas capacidades, recursos e potencialidades da pessoa, promovendo a autonomia, a autodeterminação e a participação social, em detrimento de uma abordagem centrada exclusivamente na doença (Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste enquadramento, os cuidados de enfermagem eram desenvolvidos numa perspetiva biopsicossocial e centrada na pessoa, família e comunidade, procurando promover a capacitação das pessoas para a gestão da sua saúde mental, a adaptação aos processos de doença e o fortalecimento das redes de suporte social.

A carteira de serviços desta UCC incluía os seguintes programas: Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), saúde escolar, preparação para o parto e parentalidade, Núcleo de Apoio a Criança e Jovens em Risco (NACJR), Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), Estatuto do Cuidador Informal, Comissão

Local de Ação Social (CLAS), Núcleo Local de Inserção (NLI) e Universidade Sénior (Brás, Bento, Costa, & Rousselot, 2024). A EESMP tinha intervenção essencialmente na ECCI, na saúde escolar, NACJR, EPVA e na CPCJ. A UCC funcionava em estreita relação com outras unidades funcionais dos CSP desta região geográfica, prestando cuidados à mesma população, nomeadamente às UCSP, às USF, num total de 46 078 utentes inscritos e distribuídos pelas diferentes unidades funcionais (Brás, Bento, Costa, & Rousselot, 2024).

Com a descentralização dos serviços hospitalares e com a integração dos cuidados psiquiátricos em hospitais gerais, assistiu-se à vinda de pessoas com doença mental mais grave para a comunidade. Este facto associado a haver, ainda que muito lentamente, uma maior sensibilização dos profissionais de saúde e da sociedade em geral para as problemáticas do domínio da saúde mental leva a que a problemática no domínio da saúde mental seja uma preocupação crescente (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na comunidade, associado ao envelhecimento populacional, encontramos um número crescente de pessoas com défices cognitivos, alterações da memória, demências e doença de Alzheimer. Nas camadas mais jovens da população, encontramos doenças mentais associadas a comportamentos aditivos, associados ao consumo de substâncias, jogos, redes sociais, patologias estas com impacto negativo e disfunção destas pessoas, levando não só o próprio a um elevado nível de sofrimento, como a quem o rodeia. Como neste contexto são vários os profissionais que têm contacto com estas pessoas (médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos) exige dos mesmos uma grande necessidade de articulação, que por vezes é difícil e leva a elevadas perdas, quer para os utentes e quer para as suas famílias (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na comunidade estão todos os problemas, pois é na comunidade que as pessoas estão inseridas, pelo que haver um maior conhecimento sobre as diversas problemáticas de saúde mental, uma maior formação e sensibilização dos profissionais e da população em geral, incluindo da classe política, levará a que mais e um maior investimento seja feito nestas áreas, com consequente aumento e melhoria das respostas dadas à população (Sequeira & Sampaio, 2020).

No caso deste serviço em concreto, as pessoas e as comunidades alvo da prestação de cuidados especializados da EESMP era feita através de referênciação por outros profissionais, sejam eles outros profissionais de saúde que integram a equipa da UCC, pelos profissionais de saúde dos diversos serviços de urgência e de internamento da ULS, das equipas de saúde e equipas de família da área de abrangência da UCC, que quando identificavam sintomas e/ou sinais de doença mental ou risco elevado de a desenvolver, em determinados indivíduos ou comunidades, ou por apresentarem fatores de risco elevado, referenciavam estes mesmos utentes. Posteriormente, a prestação de cuidados era efetuada maioritariamente em contexto domiciliário, através de visitas domiciliares, mas por vezes também em gabinete nos Centros de Saúde, com a frequência que o EESMP achasse necessário. Quando se identificava a necessidade de articulação e/ou intervenção de outros profissionais de saúde mental ou psiquiátrica, a EESMP requeria este apoio através do e-mail institucional, referênciação interna através do SClinico, solicitava ao médico de família que pedisse consulta de especialidade médica de psiquiatria ou pedopsiquiatria para a ULS ou no serviço de saúde privado. De salientar, que a EESMP da UCC tinha também intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença nos vários indivíduos e grupos da comunidade, nomeadamente a nível escolar, desde o 1º ciclo ao secundário, nos grupos de cuidadores informais, utentes idosos, ECCI, CPCJ, EPVA, NACJR, entre muitos outros.

Neste contexto comunitário, o EESMP desenvolvia diversas intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental, tais como avaliação do estado mental, intervenção psicoterapêutica, psicossocial e psicoeducacional dirigida à pessoa, família e grupos, inseridas numa comunidade. Para além da intervenção individual, o enfermeiro especialista desenvolvia também intervenções dirigidas a grupos e comunidades, nomeadamente programas de promoção da saúde mental em contexto escolar, prevenção de comportamentos aditivos, intervenção em situações de risco psicossocial e articulação com estruturas da comunidade, como a CPCJ, EPVA e outras redes de apoio social. Após a minha passagem por este serviço e

devido ao facto de ter desenvolvido intervenções especializadas com um grupo de cuidadores informais e de grávidas, a EESMP iria continuar a intervir nestes grupos a pedido de outros profissionais e dos próprios utentes.

A intervenção do EESMP neste contexto permitia uma abordagem integrada da saúde mental, promovendo não apenas a saúde mental e o tratamento da doença, mas também a prevenção, a deteção precoce e a reabilitação psicossocial, contribuindo para a melhoria do bem-estar das pessoas e comunidades.

De acordo com a minha observação e análise no decorrer do referido estágio, identifiquei alguns diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados nas pessoas e grupos alvo da prestação de cuidados da UCC, de acordo com a taxonomia CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros, 2016), transversais à maioria dos utentes, como o comportamento interativo comprometido, baixa autoestima, cognição comprometida, ansiedade, stress, humor deprimido, tristeza, risco de suicídio, abuso de substâncias e *coping* ineficaz.

A diversidade de contextos de intervenção e a complexidade das problemáticas de saúde mental na comunidade evidenciam a importância do papel do EESMP na promoção da saúde mental, na deteção precoce de situações de risco e na articulação entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo para respostas mais integradas e centradas nas necessidades das pessoas e famílias.

1.3. Contexto de Respostas Diferenciadas

O terceiro e último estágio decorreu em contexto de respostas diferenciadas e teve a duração de 7 semanas, com início a 24 de novembro de 2025 e término a 23 de janeiro de 2026. Este foi realizado numa ULS, da região centro, no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SPIA), situado nas consultas externas do hospital da referida instituição de saúde.

O serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) para a população adulta desta ULS, está organizado em várias valências: unidade de internamento de doentes agudos; ambulatório com consultas externas de enfermagem, psiquiatria e psicologia; serviço de urgência na Urgência Geral a funcionar todos os dias das 8h às 20h. O SPSM conta com quatro Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a População Adulta (ECSM-PA) e apresenta ainda mais duas unidades situadas, uma localidade rural próxima do Hospital, a Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria e o Hospital de Dia de Psiquiatria (Unidade Local de Saúde Região de Leiria, 2025).

O SPIA, local onde decorreu este estágio, tem por missão assegurar a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área da saúde mental, à população em idade pediátrica (dos 0 aos 17 anos), que residem predominantemente na área de influência da referida ULS, o que corresponde a cerca de 400 mil habitantes (Milheiro, 2021).

A atividade do SPIA envolvia a promoção da saúde mental, a avaliação, o diagnóstico e definição de estratégias terapêuticas para situações de perturbação mental, assim como a intervenção preventiva em grupos de risco. Este trabalho desenvolvia-se em articulação com especialidades médicas e não médicas, como as restantes especialidades da idade pediátrica, a medicina geral e familiar, a psiquiatria, a psicologia, entre outras. Os cuidados eram prestados por uma equipa multidisciplinar e integravam um conjunto diversificado de intervenções e programas terapêuticos de forma a dar resposta às necessidades da população (Milheiro, 2021). O SPIA da ULS desenvolvia a sua atividade e prestava cuidados de acordo com as seguintes áreas: consulta externa, pedopsiquiatria de ligação, pedopsiquiatria forense, pedopsiquiatria comunitária, Equipa Comunitária de Saúde Mental da Infância e Adolescência (ECSM-IA) (Milheiro, 2021).

Este serviço contava com uma equipa multidisciplinar: três pedopsiquiatras, um psicólogo, dois EESMP e uma técnica de serviço social, que atuavam num modelo comunitário, em articulação próxima com estruturas da

comunidade promovendo uma articulação estreita com os CSP e com os diversos serviços na comunidade onde as crianças e jovens se integram, bem como a dinamização, a implementação de protocolos e normas da prática clínica, num modelo de trabalho em rede garantindo uma abordagem global e integrada da criança, jovem e família, com foco na promoção da saúde mental das populações e prevenção da doença mental. Desta forma, era garantido o acesso aos cuidados de saúde mental, a todas as crianças e jovens com problemas de saúde mental, era promovido e eram protegidos os direitos dos doentes, reduzindo assim o impacto das perturbações mentais, sem esquecer a garantia da continuidade de cuidados (Milheiro, 2021). De notar que os pedopsiquiatras realizavam ainda algumas consultas descentralizadas nos vários hospitais pertencentes à ULS, com uma frequência semanal. A referência das crianças e adolescentes para o SPIA e para ECSM-IA era realizada pelo médico de família da criança/adolescente, pelo serviço de urgência de pediatria, pelo serviço de pediatria ou por referência interna no *SClinico* pelos pediatras.

No contexto desta equipa multidisciplinar, o EESMP desempenhava um papel fundamental na avaliação das necessidades psicossociais da criança ou adolescente e da sua família, na identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico e na implementação de intervenções terapêuticas adequadas a cada situação. A sua intervenção incluía a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, psicoeducacionais e socioterapêuticas, bem como a articulação com os diferentes profissionais da equipa e com as estruturas da comunidade. A atuação do EESMP enquadra-se nas competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros para a área da saúde mental, nomeadamente na promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, intervenção terapêutica especializada e reabilitação psicossocial, contribuindo para uma abordagem integrada e centrada na criança, no jovem e na sua família.

O recurso aos serviços de pedopsiquiatria ocorre geralmente por dois motivos: dificuldades no rendimento escolar e/ou alterações de comportamento. O aparecimento de uma doença mental num filho implica a vivência de um enorme sofrimento nos pais, que geralmente têm dificuldade na aceitação da mesma e das propostas terapêuticas, forçando-os a reequacionar expectativas e consequentemente a penosos processos de luto na família. Na área da pedopsiquiatria os cuidados de enfermagem devem incluir a atenção dos pais, sendo inadequado a indução da culpabilização dos pais pelas dificuldades dos filhos ou pela incapacidade em cuidar deles, pelo que deve ter-se por base que estes pais necessitam de apoio e não de juízes a condená-los ou a desresponsabilizá-los (Sequeira & Sampaio, 2020).

O Plano Nacional de Saúde Mental define a composição das equipas comunitárias como multidisciplinares e estabelece como objetivos fundamentais a aproximação dos serviços de saúde à população que acompanham, assegurando respostas focadas na prevenção, através do melhor entendimento do contexto onde as pessoas se inserem (Maia, Ratinho, Correia, & Marques, 2023). Há cerca de 2 anos, foi criada esta ECSM-IA, integrada no SPIA desta ULS.

As ECSM-IA são equipas multidisciplinares em termos de composição e interdisciplinares em termos de funcionamento. Estas têm como principal objetivo assegurar a prestação de cuidados diferenciados em saúde mental infantil na comunidade à população de uma área geográfica definida, assumindo os cuidados à criança/adolescente, na sua realidade biopsicossocial, familiar e sistémica, ou seja prestam cuidados integrais à criança com problemas de saúde mental, promovendo a articulação entre as instituições que têm competência na área da infância e adolescência, promovem a formação dos profissionais de saúde mental infantojuvenil, participam na coordenação, avaliação das atividades e resultados dos serviços prestados (Maia, Ratinho, Correia, & Marques, 2023).

Estas equipas seguem também um modelo comunitário de sistema de cuidados, ou seja, os cuidados são adaptados às necessidades, pontos fortes da criança e família e estes são prestados no seu ambiente natural. As famílias são incluídas na elaboração do plano terapêutico e na avaliação das intervenções, sendo as

intervenções coordenadas e integradas num plano de cuidados abrangente (Maia, Ratinho, Correia, & Marques, 2023).

A conceção dos cuidados neste contexto encontrava-se alinhada com uma abordagem sistémica e centrada na família, reconhecendo a criança ou adolescente como parte integrante de um sistema familiar e social mais alargado. Paralelamente, os cuidados integravam princípios do modelo de recuperação em saúde mental, valorizando os recursos e potencialidades da criança, do jovem e da família, promovendo a participação ativa destes elementos no processo terapêutico. Neste enquadramento, os cuidados de enfermagem procuravam promover o bem-estar emocional, o desenvolvimento saudável e a adaptação às dificuldades vivenciadas, através de intervenções dirigidas não apenas à criança ou jovem, mas também à família e aos diferentes contextos onde estes se inserem, como a escola e a comunidade.

As ECSM-IA devem funcionar em articulação com os CSP, os Agrupamentos de Escolas, CPCJ, a Segurança Social, as Câmaras Municipais, as Juntas de Freguesia, as instituições de acolhimento, Equipas de Tratamento, associações de apoio à juventude e demais parceiros na sua área assistencial (Maia, Ratinho, Correia, & Marques, 2023).

Relativamente à articulação com os CSP, os serviços podem incluir respostas a dúvidas colocadas pelo profissional dos CSP e/ou a referência para acolhimento com elementos da equipa comunitária que orienta a família para a valência mais adequada, garantindo supervisão, consultoria, formação e participação ativa no desenho e execução dos programas de prevenção e promoção da saúde mental, nomeadamente com a saúde escolar (Maia, Ratinho, Correia, & Marques, 2023).

A ECSM-IA desta ULS foi criada com apoio financiado do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) conforme o Despacho nº8455/2022, de 11 de julho do Ministério das Finanças e da Saúde, que determinava a criação desta equipa até 2025. Esta, tal como regulamentado, funciona num modelo comunitário, sistémico, em articulação e aproximação com os serviços de saúde mental da população que acompanham, com respostas focadas na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, o tratamento da doença mental decorre na comunidade, com recurso a uma equipa multidisciplinar.

A equipa da ECSM-IA, que possuía veículo próprio de transporte, era constituída por um EESMP, uma pedopsiquiatra, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma técnica de serviço social e uma assistente técnica.

A ECSM-IA desta ULS privilegiava uma abordagem global e integrada da criança e jovem, valorizava as intervenções de articulação com a comunidade, particularmente o trabalho de proximidade com escolas, Centros de Saúde e outras entidades (Unidade Local de Saúde Região de Leiria, 2025), articulando-se com os psicólogos das escolas, profissionais de saúde da área da saúde mental dos CSP, Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP) da sua área de abrangência, assim como outras estruturas da comunidade. Por vezes também havia a necessidade de encaminhamento de alguns jovens para estruturas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Saúde Mental e esta equipa realizava também essa referência.

A ECSM-IA assegurava também a prestação de cuidados e intervenção diferenciada na área da saúde mental à população pediátrica, dos 0 aos 17 anos, da área de influência da ULSRL, segundo alguns critérios de seleção nomeadamente a distância física ao serviço, o número e complexidade das situações acompanhadas e a diminuta oferta de intervenção especializada em saúde mental, ficando os alguns dos concelhos da área de influência da referida ULS sem intervenção da mesma.

A atividade assistencial/método de trabalho da ECSM-IA da ULSRL organiza-se segundo o modelo de terapeuta de referência.

O método de trabalho é uma das bases do exercício profissional, com diversas implicações e fatores que podem interferir na qualidade e segurança dos cuidados prestados. O método de trabalho por enfermeiro responsável

consiste numa prestação de cuidados através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão e coordenação das decisões clínicas (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, & Cardoso, 2021). Desta forma são proporcionados cuidados de saúde de qualidade, diminuindo-se a fragmentação, melhorando a qualidade de vida do utente e contendo custos (Freire, 2013).

A equipa deste SPIA tinha diversos programas em curso, nomeadamente o programa “Mais Contigo”, o programa “Mais Família, Mais Jovem”, o programa “Anos Incríveis”, o curso de preparação para o parto e parentalidade do hospital, o projeto *Let’s Talk About Children* (LTC), para além de consultas de consultadoria, formação para a comunidade educativa e para profissionais.

Neste contexto, o EESMP desenvolvia diversas intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental dirigidas à criança, ao adolescente e à sua família. Entre estas destacavam-se a avaliação do estado, intervenção psicoterapêutica e psicoeducacional dirigida à criança/jovem e aos pais, a promoção de estratégias de *coping* adaptativas e a capacitação das famílias para a gestão das dificuldades associadas à doença mental. Para além da intervenção individual e familiar, o enfermeiro especialista participava também na dinamização de programas de promoção da saúde mental e prevenção da doença, na formação e consultadoria a profissionais da comunidade educativa e na articulação com diferentes entidades da comunidade, contribuindo para uma resposta integrada às necessidades das crianças e jovens acompanhados. Estas intervenções enquadram-se nas competências do EESMP, particularmente no que respeita à promoção do desenvolvimento saudável, prevenção de perturbações mentais e apoio às famílias na adaptação a situações de sofrimento psicológico.

A intervenção em saúde mental na infância e adolescência exige uma abordagem integrada, sistémica e centrada na família, na qual o EESMP assume um papel fundamental na promoção da saúde mental, na deteção precoce de situações de risco e na articulação entre os diferentes serviços e contextos onde a criança e o jovem se inserem.

Parte II

1. Análise de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

A reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem, auxiliando o processo de aprendizagem e impulsionando o corpo de conhecimentos da própria disciplina. A prática reflexiva assumiu ser uma condição indispensável para o desenvolvimento profissional e intelectual dos estudantes, sendo vista como uma habilidade indispensável no contexto clínico, atribuindo aos estudantes e professores responsabilidades partilhadas para continuar a expandir o corpo de conhecimentos da disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016).

Ao longo dos vários estágios, assim como na realização da análise das competências do EESMP neste relatório, com o objetivo de dar visibilidade, refletir e suportar o desenvolvimento das competências desenvolvidas e adquiridas, recorri ao ciclo reflexivo de *Gibbs*. Este modelo de aprendizagem demonstra como os alunos podem associar teoria e prática, baseado na reflexão acerca de experiências práticas sistematizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Gibbs refere que não basta ter uma experiência para aprender, se não houver reflexão sobre essa mesma experiência, ela pode ser rapidamente esquecida e o potencial de aprendizagem perdido (Gibbs, 2013). É através da reflexão sobre as experiências em estágio, as emoções e os sentimentos vivenciados, que se pretende fazer um balanço de todo o processo de aprendizagem, realçando as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESMP adquiridas, bem como refletir sobre as oportunidades, facilidades e dificuldades sentidas neste percurso.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Para o desenvolvimento deste subtópico, foi tido em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), que tem como objetivo estabelecer um conjunto de competências que o enfermeiro especialista deve possuir e que são aplicáveis à regulamentação das competências específicas, sendo estas as seguintes: responsabilidade profissional, ética e legal (A1); melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialidade, que neste caso é a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Regulada pelos princípios orientadores enunciados no Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015), foi possível assim desenvolver as unidades de competência A1.1, A1.2, A1.3 e A2.1 e A2.2 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), no que se refere a adoção de estratégias de resolução de problemas em conjunto com o doente (A1.1.), participação na tomada de decisão quer individual quer em equipa guiadas pelo código deontológico e a promoção de valores como o respeito, confidencialidade, privacidade, autodeterminação, costumes e crenças. Ao longo dos vários estágios houve a oportunidade de desenvolver e aprimorar esta competência de forma fundamentada e refletida, sendo que para que tal ocorresse foi fundamental não só a autorreflexão, mas também a reflexão conjunta realizada com as EESMP orientadoras e os elementos das várias equipas

multidisciplinares onde fui estando inserida. Não sendo possível falar de todas as situações gostaria de destacar algumas situações.

No serviço de internamento, participei numa intervenção a um utente que manifestou comportamento agressivo, tanto físico como verbal, para com terceiros. Perante esta situação, foi necessária a aplicação de contenção ambiental, num quarto próprio para este efeito, existente no serviço, no qual a cama está fixada ao chão, as janelas têm grades interiores, o WC tem apenas uma sanita sem tampa, um lavatório e um duche no qual o chuveiro é fixo na parede e não tem tubo, tudo com o intuito de salvaguardar a segurança do próprio utente e de quem o rodeava.

A contenção ambiental é um recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente, podendo ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica (Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 021/2011, citado (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Dentro do quarto de contenção ambiental, o utente continuou a demonstrar agressividade, exigindo o seu rádio, e ameaçando que se não lhe o dessem, se iria magoar. Perante esta situação, senti tensão e preocupação em relação ao bem-estar do utente, bem como ao respeito pelos seus direitos e pela sua liberdade individual. Experimentei também alguma insegurança, pois por um lado tinha o direito do utente à liberdade e por outro a segurança coletiva. Nesta situação, esteve comprometido o princípio ético universal da liberdade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015), mas uma vez que o utente manifestava um comportamento que o colocava a si e a terceiros em risco de ofensa grave e iminente ao corpo e à saúde da pessoa e de terceiros (Lei de Saúde Mental, Lei nº 35/2023, Ministério da Saúde, 2023), fez dele um utente elegível para ser colocado com medidas de contenção. Senti também medo em relação à minha segurança, mas quando identifiquei esta emoção controlei-a mobilizando estratégias internas, de forma a manter uma postura firme e calma, sem demonstrar de modo algum o que estava a sentir. Considero que a decisão da equipa (A1.2.), de recorrer à contenção ambiental, foi apropriada à gravidade da situação (A1.3.) e ao risco iminente de lesão do próprio e dos outros (A2.2.). Todo o processo foi acompanhado por uma reflexão ética, com envolvimento da equipa multidisciplinar. Importa salientar que, previamente à implementação desta medida, foram adotadas estratégias antecipatórias, nomeadamente proporcionada uma atmosfera de apoio e segurança, estabelecidos limites, estimulada a expressão de sentimentos, a utilização de técnicas comunicacionais (*de-escalation techniques*, linguagem simples e assertiva), comunicação terapêutica, realizada tentativa de negociação com o utente, com o objetivo de reduzir a agitação e evitar a necessidade de medidas restritivas. Contudo, perante a manutenção do comportamento agressivo e o risco elevado identificado, a contenção ambiental revelou-se necessária como medida de último recurso, visando a segurança do utente e dos outros.

Apesar de ser uma medida restritiva, procurou-se sempre que fosse o menos intrusiva possível e baseada na evidência científica e na legislação vigente. Durante o episódio de contenção ambiental, eu e a EESMP orientadora usamos técnicas comunicacionais (*de-escalation techniques*, linguagem simples e assertiva), foi mantida uma postura firme, usada a escuta ativa, dado ao utente suporte, tempo, estabelecidos limites e realizado contrato com o utente (Valentim, Laranjeira, & Querido, 2020) em que o mesmo pode ouvir rádio, mas este ficou do lado de fora do quarto, junto à porta.

Este episódio permitiu-me refletir sobre a importância das competências comunicacionais do EESMP, da utilização de técnicas comunicacionais e de basear a ação do EESMP em evidência científica. Por outro lado, embora a contenção ambiental comprometa o princípio da liberdade, em situações de risco elevado pode ser inevitável e até benéfica, desde que devidamente aplicada. No futuro, pretendo continuar a desenvolver competências de comunicação terapêutica e reforçarei a reflexão ética nas decisões clínicas, garantindo sempre o envolvimento da equipa multidisciplinar e promovendo o respeito pela dignidade e segurança da pessoa.

Outra situação que experienciei em contexto de internamento foi relacionada com a privacidade dos utentes, uma vez que os quartos do serviço são partilhados por três pessoas, com acesso comum a um WC (A2.1.). Inicialmente, esta configuração gerou preocupação quanto ao respeito pela intimidade dos utentes, pois o enfermeiro “salvaguarda sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delegam a privacidade e a intimidade da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Inicialmente, senti desconforto e dúvidas quanto ao impacto negativo desta partilha no bem-estar e na dignidade dos utentes, questionando se seria possível garantir um ambiente em que era respeitada a privacidade dos utentes neste contexto. Contudo, apesar das minhas reservas iniciais, ao longo do tempo observei que a partilha dos quartos podia, na verdade, contribuir positivamente para os utentes. A convivência diária revelou-se um espaço de aprendizagem e reforço de competências sociais e comunicacionais, essenciais para a reabilitação psicossocial destas pessoas. Assim, percebi que este ambiente favorecia a interação, promovia o desenvolvimento de relações interpessoais, empatia e capacidade de resolução de conflitos. Estes fatores alinham-se com os objetivos da reabilitação psicossocial, centrada na capacitação da pessoa com perturbação mental de forma que esta atinja o seu nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, através da recuperação e da aprendizagem de competências individuais e sociais (Ferreira, 2013). Portanto, apesar dos desafios inerentes à partilha de espaços, existem benefícios significativos para os utentes, desde que o respeito pela privacidade seja constantemente promovido e valorizado.

No futuro, pretendo continuar atenta à necessidade de equilibrar a promoção de competências sociais com a salvaguarda da privacidade e intimidade, procurando estratégias para minimizar eventuais constrangimentos e potenciar a reabilitação destas pessoas.

No contexto da comunidade, vivi uma situação que quero também destacar, pois levou-me a refletir profundamente sobre os princípios ético-legais que orientam a prática do EESMP. A situação ocorreu durante o acompanhamento de uma utente de quem fiz estudo de caso, vítima de violência doméstica com diagnóstico de consumo abusivo de álcool, que se recusou inicialmente a aderir ao plano terapêutico proposto para parar ou reduzir o consumo de álcool, referindo que o seu nível de motivação para a mudança era nulo, recusando igualmente o acompanhamento em consulta de psiquiatria e a toma regular da medicação. Perante este cenário senti preocupação e impotência, por perceber que a recusa da utente em aderir ao tratamento poderia agravar o seu estado de saúde e levando-me a questionar até que ponto deveria insistir na importância do tratamento, mas sem ultrapassar a sua autonomia (A1.1.). Esta situação revelou a complexidade da prática ética em saúde mental e obrigou-me a refletir sobre o equilíbrio entre o respeito pelo princípio ético da autonomia e o dever profissional de promover o bem-estar conforme descrito no artigo 97º, do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

De acordo com a Lei n.º 35/2023, a intervenção deve privilegiar o consentimento informado e só pode ser imposta quando há risco grave para a pessoa ou para terceiros e/ou incapacidade de decisão, preferencialmente em contexto comunitário. Assim, optei por adotar uma postura de motivação e negociação terapêutica, promovendo a autorresponsabilização da utente e reforçando a relação terapêutica e de confiança, em vez de impor a minha opinião. Esta situação mostrou-me que o exercício ético da enfermagem em saúde mental exige autoconsciência, reflexão e domínio do enquadramento legal e ético-deontológico da profissão. A Lei n.º 35/2023 veio reforçar uma visão centrada nos direitos humanos e na autonomia da pessoa, o que exige que o enfermeiro especialista assuma o papel de facilitador da decisão e não de impositor de condutas. No caso desta utente com abuso de álcool, percebi que a mudança só seria sustentável se fosse construída a partir do seu próprio ritmo e motivação. No futuro, é importante investir em estratégias de comunicação motivacional que promovam a necessidade de mudança.

Por fim, no contexto de respostas diferenciadas foram várias as situações que me levaram a refletir sobre os princípios éticos e legais que orientam a prática do EESMP, contudo quero destacar uma situação concreta. A

situação ocorreu durante o acompanhamento de uma adolescente de 14 anos, de quem fiz o estudo de caso. A consulta decorreu em dois momentos distintos: inicialmente com a presença do pai e, posteriormente, apenas com a adolescente. Quando se encontrava sozinha comigo e com a EESMP orientadora, a jovem partilhou que se sentia particularmente ansiosa quando estava em casa da mãe, referindo sentir pressão constante para obter bons resultados escolares. Esta partilha ocorreu num contexto de confiança e confidencialidade, sendo uma informação sensível relacionada com o seu contexto familiar e com o seu sofrimento emocional (A1.1.). Perante esta informação, senti a responsabilidade acrescida inerente à gestão de informação confidencial partilhada, sobretudo tendo em conta a sua idade, a presença de ansiedade e comportamentos autolesivos, o que me suscitou dúvidas relativamente à melhor forma de equilibrar o respeito pela confidencialidade da adolescente com o dever de proteção e o envolvimento parental no processo terapêutico. Contudo enquanto futura enfermeira especialista, senti também a importância de agir de forma ética, consciente e alinhada com os princípios deontológicos e legais da profissão, reconhecendo os limites do meu papel e a necessidade de articulação com a equipa multidisciplinar. Por um lado, considero que a situação teve aspetos positivos, nomeadamente a criação de um espaço seguro que permitiu à adolescente expressar livremente os seus sentimentos e preocupações, fortalecendo a relação terapêutica, sendo que para tal penso que contribuiu a divisão da consulta em dois momentos (parte da consulta com pai/mãe e crianças). de forma a garantir o direito da adolescente à privacidade e à escuta ativa. Por outro lado, a situação evidenciou a complexidade ética da prática em saúde mental neste contexto, uma vez que a informação partilhada não configurava, naquele momento, um risco iminente, mas estava associada a um contexto de sofrimento emocional que exigia acompanhamento e avaliação contínua.

Da minha análise considero que esta situação envolve os princípios éticos fundamentais do respeito pela autonomia da pessoa, da beneficência e não maleficência. No contexto de prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátricos, o respeito pela autonomia da pessoa constitui um princípio ético central da prática do enfermeiro especialista, sendo o princípio da autonomia entendido como o reconhecimento e a expressão da vontade da pessoa ou dos seus representantes nas diversas etapas ou circunstâncias do tratamento (Clotet, 2003). Este princípio implica reconhecer a capacidade da pessoa para tomar decisões conscientes e informadas sobre a sua própria saúde, mesmo quando apresenta algum grau de vulnerabilidade. Embora legalmente, segundo o artigo 130º, do Código Civil, só “aquele que perfizer dezoito anos de idade adquire plena capacidade de exercício de direitos, ficando habilitado a reger a sua pessoa e a dispor dos seus bens”, por outro lado segundo a convenção dos direitos da criança, no artigo 12º e 13º, estabelecem que a criança tem o direito de expressar livremente a sua opinião sobre os assuntos que lhe dizem respeito, devendo essa opinião ser tida em consideração, assim como direito à liberdade de expressão (ONU, 1989). Paralelamente, o Código Deontológico do Enfermeiro reforça o dever de respeito pela dignidade, intimidade e confidencialidade da pessoa, bem como a obrigação de proteger pessoas em situação de vulnerabilidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto da saúde mental, a confidencialidade assume um papel central na construção da relação terapêutica, sendo reconhecido que a quebra injustificada dessa confidencialidade pode comprometer a adesão ao acompanhamento (Stuart, 2013). Neste caso, a gestão ética da informação implicou reconhecer que a partilha da adolescente deveria ser integrada na avaliação global realizada pela equipa multidisciplinar, permitindo uma decisão ponderada sobre a necessidade e a forma de envolver os pais, sempre tendo como referência o superior interesse da adolescente e sem quebra do dever de sigilo profissional.

Esta situação permitiu-me compreender que a competência ética e legal se expressa muitas vezes em decisões silenciosas e ponderadas, mais do que em ações visíveis. O respeito pela confidencialidade da adolescente, aliado à vigilância do risco e à articulação com a equipa, constituiu uma prática ética centrada na pessoa e no seu contexto. Enquanto futura enfermeira especialista, esta experiência contribuiu para o desenvolvimento da

minha consciência ética, reforçando a importância da escuta ativa, do respeito pela autonomia da pessoa e da sua tomada de decisão. No futuro, pretendo continuar a aprofundar o conhecimento sobre o enquadramento ético e legal da intervenção em saúde mental no contexto pediátrico, de forma a reforçar a minha capacidade de tomada de decisão em situações semelhantes. Considero igualmente fundamental investir na reflexão ética contínua e na discussão em equipa, garantindo uma prática profissional segura, responsável e centrada no superior interesse da criança e do adolescente.

b) Melhoria Continua da Qualidade

Esta competência regulamenta que o enfermeiro especialista garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e, garante um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019). De acordo com o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, durante este mestrado foi possível desenvolver as unidades de competência B1.1, B1.2, B2.1 e B2.2, B2.3, B3.1 e B3.2 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Durante todos os estágios, fui confrontada com a necessidade de integrar evidência científica na minha prática diária, o que exigiu pesquisa em bases de dados científicas e literatura, e permitiu o reconhecimento de que esta integração é composta por atividades planeadas e que isto facilita as intervenções (B2.1.).

Ao longo deste curso tive também a oportunidade de desenvolver um Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) com o objetivo de promover a parentalidade positiva em casais grávidos que frequentavam o curso de preparação para o parto numa UCC (B1.2. e B2.3.), e que pode ser consultado na terceira parte deste relatório, pelo que não me alongarei sobre o mesmo nesta secção. A evidência científica demonstra que existe uma elevada prevalência de sintomas de angústia parental no pós-parto, tanto materna como paterna. Dado a associação entre sintomatologia parental e qualidade da parentalidade e, consequentemente, o desenvolvimento da criança, demonstra-nos a necessidade de intervenções preventivas que sejam aplicáveis a todos os futuros pais, tanto mães como pais, independentemente dos fatores de risco ou sintomatologia pré-existent (Missler, Straten, Denissen, Donker, & Beijers, 2020).

Para além deste projeto, no contexto de respostas diferenciadas, logo nas primeiras semanas de estágio fui também confrontada com uma necessidade identificada pela equipa no seu quotidiano: a necessidade de promover a saúde mental dos adolescentes filhos de pais com doença mental. Face a esta necessidade identificada e após alguma pesquisa em bases de dados científicas como a *Scielo*, a *Scopus* e a *Pubmed* verifiquei que efetivamente a evidência científica demonstra que filhos de pais com doença mental apresentam risco significativo de desenvolverem doença mental e outros resultados adversos em algum momento de suas vidas, em comparação com filhos de pais saudáveis (Hosman, Doesum, & Santvoort, 2009). À minha observação da prática clínica no SPIA e a análise das necessidades desta população evidenciaram a ausência de intervenções de enfermagem sistematizadas e estruturadas, orientadas especificamente para a promoção da saúde mental destes adolescentes. Perante esta realidade, iniciei a construção de um PMCQCE (B2.2.), com o nome “Crescer+”, com o objetivo de promover a saúde mental em adolescentes filhos de pais com doença mental (B3.1.), integrando a evidência científica na prática clínica e alinhando a intervenção com as orientações institucionais e normativas da profissão, que pode ser consultado no Apêndice XXX.

Ao longo de ambos os processos, experienciei sentimentos ambivalentes. Por um lado, senti-me motivada e profissionalmente desafiada pela possibilidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a uma população específica. Por outro lado, senti alguma ansiedade associada à responsabilidade e exigência de desenvolver um projeto sustentado em evidência científica, de garantir que as intervenções

propostas fossem exequíveis e adequadas a cada contexto. Contudo considero que estes sentimentos refletem a consciência da complexidade inerente às tarefas e da exigência associada à prática baseada em evidência científica. De uma forma geral, considero que a identificação destas necessidades de intervenção e de ter iniciado a construção destes projetos constituíram um aspeto positivo, uma vez que permitiram desenvolver competências no âmbito do planeamento, da organização dos cuidados e da utilização da evidência científica na prestação de cuidados especializados. Como aspeto menos positivo, reconheço que a limitação temporal do estágio em respostas diferenciadas condicionou o aprofundamento de algumas fases do projeto, nomeadamente a implementação e avaliação dos resultados, reforçando a importância da continuidade destas iniciativas no contexto laboral. Contudo esta limitação foi colmatada no outro projeto, o projeto de promoção da parentalidade positiva, em que pode implementar e avaliar os resultados do projeto.

De facto, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados constitui uma competência central do enfermeiro especialista. A literatura evidencia que a utilização do conhecimento produzido pela investigação contribui para a melhoria sustentada da qualidade dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde (Marques, Néné, & Sequeira, 2024). Nestes contextos, a promoção da saúde mental assume particular relevância, especialmente em populações de risco, como os adolescentes filhos de pais com doença mental. Do mesmo modo a promoção da parentalidade positiva também assume elevada relevância isto porque este estilo parental estar associado a um melhor desenvolvimento socioemocional da criança (Martins, et al., 2022).

As construções destes projetos implicaram uma postura ativa de pesquisa, análise crítica e adaptação da evidência científica mais recente à realidade de cada um dos contextos, recorrendo a bases de dados científicas, como já referido anteriormente, bem como a documentos normativos da profissão (B1.1.).

Estes processos permitiram-me compreender que a prática baseada em evidência vai além da consulta de literatura, exigindo competências de reflexão crítica, planeamento e articulação com a equipa multidisciplinar, não se limita à aplicação pontual de intervenções, mas exige uma abordagem estruturada, sustentada em evidência científica e orientada para as necessidades reais da população. A construção, implementação e avaliação dos PMCQCE contribuiu para o meu desenvolvimento profissional, reforçando a importância da evidência científica como base da prática clínica e do papel do enfermeiro especialista como agente promotor de qualidade e inovação nos cuidados de saúde mental.

Por outro lado, também os projetos de aprendizagem elaborados no início de cada ensino clínico também se revelaram fundamentais para o desenvolvimento desta competência e para orientar a minha prática, funcionando como guias no desenvolvimento das intervenções.

No futuro, pretendo dar continuidade ao desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade, aprofundando a avaliação das necessidades em saúde, a definição de indicadores de qualidade e a avaliação de resultados, mantendo uma postura reflexiva e investigativa, recorrendo de forma sistemática a bases de dados científicas fidedignas e a documentos normativos, com o objetivo de promover cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica baseados na melhor evidência disponível, contribuindo para a excelência e segurança dos cuidados prestados.

c) Gestão dos Cuidados

A competência de gestão de cuidados, regula que o enfermeiro especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). De acordo com o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, durante este mestrado foi possível desenvolver as unidades de competência C1.1, C1.2, C2.1 e C2.2 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Esta competência foi trabalhada através da cooperação ativa na organização e planeamento do trabalho em parceria com as EESMP orientadoras nos diferentes estágios, bem como através da integração progressiva na dinâmica das diferentes equipas. Realizei quatro estudos de caso e participei em várias sessões grupais e individuais planeadas por mim, assim como em programas já implementados nos serviços, que descreverei de seguida.

No contexto de respostas diferenciadas em específico colaborei e participei em diversas reuniões, nomeadamente reuniões da equipa multidisciplinar, reuniões de rede com parceiros da comunidade, reuniões de consultadoria com escolas e cuidados de saúde primários, reuniões multidisciplinares de transição da pedopsiquiatria para o serviço de psiquiatria de adultos de forma a garantir a continuidade de cuidados e a segurança nesta transição. Nos vários contextos de estágio participei também em reuniões entre diferentes profissionais da área da saúde, e particularmente no contexto de respostas diferenciadas participei em reuniões com profissionais da educação e com familiares de adolescentes acompanhados (C1.1. e C1.2.).

Nos três contextos por onde passei, foi-me possibilitado participar nos processos de decisão relativos aos cuidados prestados aos utentes acompanhados, incluindo a articulação com diferentes profissionais (enfermeiros, EESMP, psicólogos, professores, professores de educação especial, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala) e a referência para outros serviços, como por exemplo no contexto de respostas diferenciadas pode colaborar na referência de um adolescente para a Residência de Treino de Autonomia de Barcelos, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

No contexto da comunidade, identifiquei limitações relativas aos rácios de enfermeiros na UCC, assim como de outros profissionais, que, segundo as recomendações, deveriam ser superiores ao número para garantir cuidados seguros e adequados à população servida (C2.1.). As UCC, de forma a prestarem cuidados de enfermagem seguros, devem ser constituídas no rácio de, pelo menos, um enfermeiro por cada 5000 habitantes, preferencialmente especialistas, dependendo das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2014). A referida UCC é uma unidade com 7 enfermeiros, sendo que um deles acumula funções de gestão. Contudo e uma vez que a UCC serve um total de 44213 pessoas segundo os censos de 2021 (Brás, Bento, Costa, & Rousselot, 2024), significa que deveriam ter 8,84 enfermeiros a prestar cuidados a esta população.

Durante todas estas experiências, em cada um dos estágios fui-me sentindo progressivamente mais integrada nas equipas e valorizada enquanto elemento ativo no processo de cuidados. Inicialmente, no contexto de respostas diferenciadas surgiram sentimentos de alguma insegurança, associados à complexidade da articulação interdisciplinar, ao desconhecimento dos recursos da comunidade existentes e à responsabilidade inerente à participação em decisões clínicas e organizacionais. Com o decorrer do estágio, estes sentimentos deram lugar a uma maior confiança profissional, motivação e sentido de pertença à equipa, reconhecendo a importância do contributo do EESMP na coordenação dos cuidados e na gestão eficaz dos recursos disponíveis.

De uma forma geral, considero que a integração nas equipas e a possibilidade de participação ativa nos processos de decisão constituíram aspetos muito positivos, permitindo-me compreender, na prática, a relevância da gestão de cuidados em cada um dos contextos com as respetivas particularidades.

A articulação eficaz com as EESMP orientadoras e com os restantes profissionais facilitou a organização do trabalho e potenciou a qualidade dos cuidados prestados aos utentes nos vários contextos (C2.2.). Como aspeto menos positivo, em contexto de respostas diferenciadas, reconheço que a complexidade dos casos e a diversidade de contextos institucionais e comunitários exigiram um elevado nível de coordenação, de comunicação, de pesquisa, questionamento e de conhecimento dos recursos comunitários já existentes, o que, em alguns momentos, se revelou desafiante, reforçando a necessidade de competências sólidas de liderança

e gestão. A gestão de cuidados em saúde mental, particularmente em contexto de infância e adolescência, exige uma abordagem integrada e colaborativa, centrada na articulação entre diferentes profissionais, serviços e recursos da comunidade. O enfermeiro especialista assume um papel central neste processo, funcionando como elemento facilitador da comunicação, da continuidade de cuidados e da tomada de decisão partilhada. Segundo Marquis & Huston, 2009 uma gestão eficaz em enfermagem assenta na capacidade de promover o trabalho em equipa, gerir recursos de forma eficiente e adaptar o estilo de liderança às necessidades do contexto e dos profissionais envolvidos.

Neste contexto, esta adaptação torna-se fundamental face à complexidade das situações clínicas e à multiplicidade de intervenientes no processo de cuidados. A participação em reuniões multidisciplinares e de rede permitiu-me desenvolver competências de articulação interprofissional, compreendendo que a qualidade dos cuidados depende não apenas da intervenção individual, mas da capacidade de coordenar respostas, assegurar a continuidade de cuidados e mobilizar recursos adequados às necessidades das pessoas e suas famílias. Estas experiências permitiram-me reconhecer que a competência de gestão de cuidados vai além da organização do trabalho diário, implicando uma visão global do processo de cuidados, uma comunicação eficaz e uma liderança colaborativa. A integração ativa na equipa e a participação nos processos de decisão contribuíram de forma significativa para o meu desenvolvimento enquanto futura EESMP, reforçando a importância do papel do enfermeiro especialista na gestão, articulação e coordenação dos cuidados.

No futuro, pretendo continuar a desenvolver competências na área da gestão de cuidados, aprofundando conhecimentos sobre liderança, comunicação e articulação interinstitucional, mantendo uma postura colaborativa e reflexiva, promovendo o trabalho em equipa e a gestão eficiente dos recursos, com vista à garantia da qualidade, continuidade e segurança dos cuidados de enfermagem em saúde mental.

d) Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De acordo com o regulamento de competências comuns dos enfermeiros especialistas, a competência de domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, regula que o enfermeiro detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional, baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, responsabilizando-se por facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, suportando a prática clínica em evidência científica, promovendo a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. De acordo com o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, durante este mestrado foi possível desenvolver as unidades de competência D1.1, D1.2, D2.1, D2.2 e D2.3 (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Esta competência foi desenvolvida de forma transversal, ao longo dos três estágios, através da fundamentação sistemática das intervenções com evidência científica (D2.2.), da validação prévia do planeamento das várias intervenções com as EESMP orientadoras, da participação ativa na reflexão clínica e da criação e implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE), assim como da criação e apresentação à equipa de um PMCQCE no estágio de respostas diferenciadas. Um momento particularmente significativo foi a realização de uma formação em serviço (D2.1.), cujo conteúdo detalho no Apêndice XXXI, na qual apresentei o PMCQCE com o tema da promoção da saúde mental em filhos de pais com doença mental, desenvolvido no âmbito do estágio em respostas diferenciadas, que me permitiu assumir um papel ativo na facilitação da aprendizagem da equipa.

Durante este percurso ao longo dos vários estágios, experienciei sentimentos de motivação e interesse pela aprendizagem, associados ao aprofundamento de conhecimentos e à sua aplicação na prática clínica. No início de cada um dos estágios, senti também incerteza e ansiedade face aos desafios, sobretudo os relacionados com a responsabilidade de assegurar a fundamentação científica das minhas intervenções. Contudo, a validação prévia das práticas com as EESMP orientadoras, bem como o apoio e feedback recebidos,

contribuíram para a gestão destes sentimentos, promovendo um aumento gradual da autoconfiança e da satisfação com o progresso alcançado.

Nas várias formações em serviço realizadas (D2.1.), senti também alguma responsabilidade, sobretudo no momento de preparação e realização das mesmas (Apêndices V e XVIII), pela necessidade de assegurar que a informação partilhada estivesse devidamente fundamentada em evidência científica e fosse relevante para a prática da equipa.

Refletindo sobre o meu percurso, considero que o meu interesse e a minha proatividade nos vários estágios contribuíram para que conseguisse aproveitar as oportunidades de aprendizagem, e consequentemente a aquisição de competências, assim como um aumento gradual da autoconfiança e satisfação com o progresso alcançado, pelo que considero a experiência globalmente muito positiva. Do mesmo modo, a partilha de conhecimento, o esclarecimento de dúvidas e as sugestões de melhoria fornecidas pelas EESMP orientadoras foram determinantes para o desenvolvimento das minhas competências e para a consolidação da prática baseada na evidência.

O projeto de estágio, inicialmente realizado em cada um dos três estágios, contribuiu para orientar o meu percurso formativo e promoveu a aquisição de novas competências. A realização das formações em serviço, constituíram um momento de valorização do meu percurso formativo, permitindo-me assumir um papel ativo na disseminação do conhecimento e no desenvolvimento da equipa.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais em enfermagem especializada pressupõe não apenas a aquisição de conhecimento, mas também a capacidade de o transferir para a prática e de o partilhar com os pares, promovendo a melhoria contínua dos cuidados (D2.2.). A literatura evidencia que a prática baseada na evidência é um pilar fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, embora a sua implementação represente um desafio a nível individual e organizacional, conforme sistematizado pelo estudo publicado pela Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (Oikarainen, Jylhä, Perälä, & Holopainen, 2017). Neste sentido, a preparação e realização das formações em serviço exigiram a pesquisa, análise crítica e sistematização da evidência científica, bem como a adaptação do conhecimento a cada um dos contextos (D2.3.). Este processo permitiu-me compreender que facilitar a aprendizagem implica competências de comunicação, reflexão crítica e consciência do impacto da informação transmitida. A interação com a equipa durante as formações reforçaram igualmente a importância da aprendizagem colaborativa e da reflexão partilhada enquanto estratégias de desenvolvimento profissional.

Com cada uma destas experiências reconheci que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais é um processo contínuo, que envolve simultaneamente aprender, refletir e ensinar (D1.1.). Desta forma verifico que, a realização das várias formações em serviço, representaram um marco importante na construção da minha identidade enquanto futura enfermeira especialista, pois contribuíram para reforçar o meu papel enquanto facilitadora da aprendizagem e promotora da prática baseada na evidência.

Em suma, cada uma das experiências nos três estágios, permitiu-me desenvolver competências no domínio das aprendizagens profissionais, consolidando a prática baseada na evidência, a capacidade reflexiva e o papel de facilitadora da aprendizagem em contexto clínico. A interação com as EESMP orientadoras e com as equipas reforçaram a importância da aprendizagem colaborativa e da reflexão partilhada como estratégias essenciais de desenvolvimento profissional (D1.2.).

No futuro, pretendo continuar a fundamentar a minha prática clínica na melhor evidência científica disponível, mantendo uma postura reflexiva e proativa. Pretendo fomentar a partilha de conhecimento com a equipa, participar e dinamizar momentos formativos em contexto de trabalho, contribuir para a implementação de práticas e procedimentos baseados na evidência e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Reconhecendo os desafios associados à implementação da prática baseada na evidência, comprometo-me a

investir na aprendizagem contínua, no desenvolvimento de competências de investigação e na colaboração com a equipa multidisciplinar, garantindo cuidados de excelência.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências específicas do EESMP, encontram-se regulamentadas no Regulamento de Competências Específicas do EESMP, sendo este o documento que serve de suporte ao desenvolvimento deste subtópico, e estas são: deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; e prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

Relativamente à competência “deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, esta foi desenvolvida durante todo o mestrado, pois realizei continuamente reflexão sobre mim e de como é que as minhas características, capacidades e limitações contribuem e interferem no cuidado ao outro. De acordo com o regulamento de competências específicas do EESMP, durante este mestrado foi possível desenvolver a unidade de competência F1.1 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O desenvolvimento da competência de autoconsciência enquanto pessoa e enfermeiro constituiu um eixo estruturante ao longo deste percurso, sendo operacionalizado através de processos sistemáticos de autorreflexão, autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Este processo envolveu a análise crítica das minhas características pessoais, valores, crenças, capacidades e limitações, bem como da sua influência na prestação de cuidados em contextos de saúde mental. Para sustentar este processo, recorri diariamente a um diário de bordo, em formato de gravação de voz, no qual registava as minhas experiências, intervenções realizadas e respostas emocionais. Estas reflexões foram estruturadas segundo o modelo reflexivo de *Gibbs*, permitindo uma abordagem sistemática às experiências, sentimentos, avaliação crítica e construção de significado (Gibbs, 2013).

No início deste percurso formativo, experienciei sentimentos de ansiedade, insegurança e receio relativamente à minha competência clínica e capacidade de estabelecer relações terapêuticas eficazes. Estes sentimentos foram intensificados pela complexidade do contexto da saúde mental e pela necessidade de conciliar responsabilidades pessoais, profissionais e académicas. Nos estágios subsequentes, embora a insegurança tenha diminuído, emergiram novas preocupações associadas à intervenção em contextos específicos, nomeadamente na saúde mental infantojuvenil e na articulação interprofissional e comunitária. Estes sentimentos refletiam a consciência da responsabilidade inerente à prática especializada e ao impacto potencial das intervenções na pessoa, família e comunidade (F1.1.1.). Progressivamente, a aquisição de conhecimentos, a experiência clínica e o feedback das EESMP orientadoras e da equipa permitiram a transformação destas emoções em maior confiança, segurança, motivação e tranquilidade na prática clínica. Globalmente, avalio este percurso como altamente positivo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A baixa autoconfiança inicial constituiu um fator limitador da espontaneidade e eficácia da intervenção terapêutica, podendo comprometer a qualidade da relação de ajuda. Contudo, a supervisão

clínica, o suporte da equipa, o *feedback* das pessoas cuidadas e a reflexão sistemática permitiram a superação progressiva destas limitações.

O diário reflexivo revelou-se uma estratégia estruturante para a identificação de padrões emocionais, crenças pessoais, promovendo a autorregulação emocional e a melhoria contínua da prática. A valorização das potencialidades pessoais, aliada à análise crítica das limitações, constituiu um elemento central na construção da identidade profissional.

A prática reflexiva é reconhecida como um pilar fundamental do desenvolvimento profissional em enfermagem. (Johns, 2013) enfatiza a reflexão estruturada como um meio de integrar dimensões pessoais, estéticas, empíricas e éticas da prática, reforçando a necessidade de considerar o *self* do enfermeiro como instrumento terapêutico.

A autoconsciência revelou-se particularmente relevante na gestão de fenómenos de transferência, contratransferência e impasses terapêuticos que foram surgindo durante as intervenções. A transferência e contratransferência são fenómenos comuns que surgem frequentemente no decorrer da relação terapêutica. A transferência ocorre quando a pessoa transfere inconscientemente para o enfermeiro sentimentos formados em relação a uma pessoa do seu passado (Sadock & Sadock, 2007), sendo que esses sentimentos poderão ser de raiva e hostilidade, o que vai impactar na interação terapêutica pois o utente demonstrará resistência e não cooperará com a terapia. Contudo este fenómeno também pode assumir a forma de afeição em demasia pelo enfermeiro ou dependência excessiva do mesmo. A contratransferência por outro lado refere-se à resposta emocional e comportamental do enfermeiro em relação ao utente (Townsend, 2011). Em contexto clínico, identifiquei, por exemplo, situações em que determinados utentes projetavam em mim expectativas associadas a figuras significativas, manifestando dependência ou necessidade de validação constante (transferência). Perante estas situações, reconheci em mim respostas emocionais como necessidade de corresponder às expectativas do utente ou de assumir um papel excessivamente protetor (contratransferência), o que poderia comprometer a neutralidade terapêutica. Destaco um caso em concreto, que se refere ao um dos estudos de caso realizados, em contexto comunitário, pois a utente por vezes demonstrava afeição e dependência excessiva, solicitando validação, nomeadamente em assuntos relativos às suas competências parentais. Essas situações geravam em mim quer sentimentos de felicidade por ser elogiada, mas também de aversão ou vontade de dar conselhos, dependendo das situações em questão.

A identificação destes fenómenos, através da reflexão em diário e da partilha/discussão com a EESMP orientadora, permitiu-me adotar uma postura consciente e regulada, ajustando a minha intervenção, de forma a manter limites claros na relação terapêutica, promovendo a autonomia da utente, evitando a dependência relacional e minimizando o impacto das emoções pessoais na relação terapêutica (F1.1.2.).

A autoconsciência teve um impacto direto na qualidade da minha intervenção junto desta utente, permitindo-me ajustar a minha postura terapêutica de forma mais consciente e intencional. Ao reconhecer a tendência para corresponder às suas expectativas ou assumir um papel mais protetor, optei por reformular a minha intervenção, privilegiando a promoção da autonomia e da autorresponsabilização da utente, ensinando-a a assumir a responsabilidade pelos seus próprios comportamentos, sentimentos e pensamentos e a atribuir-lhes significados corretos (Townsend, 2011), nomeadamente através da devolução de questões que estimulavam a reflexão, e ao reforço das suas competências parentais, valorizando o que faz bem, em vez de fornecer respostas ou validação direta. Penso que esta abordagem contribuiu para uma relação terapêutica mais equilibrada, evitando a dependência relacional e promovendo o empoderamento da utente. Para além disso, a gestão das minhas respostas emocionais permitiu-me manter uma comunicação mais clara, consistente e centrada na pessoa, com impacto positivo na adesão ao acompanhamento e na evolução do processo terapêutico.

Por outro lado, em situações de impasse terapêutico, nomeadamente quando se verificava resistência à intervenção ou dificuldade na progressão do processo terapêutico, a autorreflexão permitiu-me reavaliar a minha abordagem, reformular estratégias e recorrer ao apoio da equipa, garantindo uma intervenção mais ajustada às necessidades da pessoa. A definição clara de limites profissionais e a gestão das minhas respostas emocionais contribuíram para preservar a integridade do processo terapêutico e assegurar cuidados seguros e eticamente sustentados (F1.1.3.).

De acordo com (Sequeira & Sampaio, 2020), o EESMP deve possuir elevado conhecimento de si, de modo a modelar a comunicação verbal, não verbal e a potenciar intervenções terapêuticas. A integração da reflexão crítica na prática permitiu-me compreender que a autoconsciência não é apenas uma competência intrapessoal, mas um requisito fundamental para a prática avançada.

Portanto, o desenvolvimento da competência de autoconsciência constituiu um processo estruturante na construção da minha identidade enquanto futura EESMP. A reflexão sistemática sobre experiências clínicas, emoções e respostas pessoais permitiu-me reconhecer potencialidades e limitações, promovendo a autoconfiança, a adaptação ao contexto clínico e a melhoria da relação terapêutica (F1.1.4.).

Contudo, reconheço que a autoconsciência é um processo contínuo, dinâmico e inacabado, fundamental para a prática avançada, reflexiva e centrada na pessoa, sendo influenciado por fatores pessoais, formativos e organizacionais.

No futuro, pretendo aprofundar a prática reflexiva mantendo os diários reflexivos, pretendo desenvolver competências avançadas de autorregulação emocional, comunicação terapêutica e gestão de fenómenos relacionais, contribuindo para intervenções mais eficazes e seguras. Comprometo-me também a integrar a reflexão crítica na prática quotidiana e a partilhar aprendizagens com pares e supervisores, com o objetivo de consolidar a autoconfiança, a capacidade adaptativa e a excelência dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

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

A segunda competência do EESMP é “assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”. Esta competência supõe a “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes”. De acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, durante este mestrado foi possível desenvolver as unidades de competência F2.1, F2.2 e F2.3 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante os vários estágios realizados, tive oportunidade de intervir a nível individual, familiar, grupal e comunitário, através da realização de quatro estudos de caso, dinamização de sessões de grupo com adolescentes, adultos internados com doença mental grave, pais, cuidadores informais, casais grávidos, crianças em idade escolar e colaboradores de unidades de saúde, a realização de um folheto informativo para entregar aos pais e cuidadores de adolescentes sobre o tema Adolescência e Redes Sociais (Apêndice XXXII), bem como da participação em programas já estruturados e implementados nos serviços para a promoção da saúde mental e reabilitação psicossocial, como “+Contigo”, “Anos Incríveis”, assim como o planeamento e implementação do programa “ComViver” (F2.1.1.).

Em relação à avaliação abrangente das necessidades em saúde mental (F2.1.) posso afirmar que em cada um dos vários contextos de aprendizagem, para efetuar o planeamento de intervenções especializadas individuais ou grupais, foram realizadas avaliações da repercussão para a saúde mental da relação entre o indivíduo/grupo

e os diferentes sistemas (F2.1.1.). Para a avaliação global da pessoa ou grupo é necessária identificação de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, bem como a identificação dos fatores predisponentes de perturbação mental (F2.1.2.). O papel do EESMP na análise das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental (F2.2.1.) representa uma etapa fundamental em todos os planeamentos de intervenções especializadas, já que perante a ausência de resposta ou resposta desajustada, cabe ao EESMP executar uma avaliação das capacidades internas do utente bem como dos recursos ao seu alcance (F2.2.2.).

Os estudos de caso realizados em cada um dos estágios, envolveram a realização de entrevistas iniciais, exame do estado mental, aplicação de instrumentos de avaliação adequados e estabelecimento de relações terapêuticas de confiança, o que permitiu uma avaliação global centrada na pessoa e nos sistemas familiares e sociais que lhe são relevantes, assim como das suas capacidades internas e recursos externos, e desta forma assistir a pessoa na otimização da sua saúde mental, na recuperação da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida, funcionalidade e autonomia (F2.2.3.).

No estágio em contexto de internamento tive a oportunidade de desenvolver o programa de reabilitação psicossocial que designei de “ComViver” (F2.3.2.), cujo conteúdo pode ser consultado no Apêndice II. Este programa contém 6 sessões, e foi realizado para um grupo de utentes internados na UIDEPP, iniciando-se com a aplicação da Escala de Insight de Maskóva e Berrios, seguida de uma intervenção psicoeducativa sobre esquizofrenia e psicose, seguido de uma intervenção de relaxamento muscular progressivo, duas intervenções psicossociais de grupo de treino de assertividade e treino de autocontrolo, uma intervenção psicossocial e socioterapêutica de treino de interação social, terminando com uma sessão de avaliação do programa e na aplicação novamente da Escala de Insight de Maskóva e Berrios. Inicialmente efetuei uma avaliação das capacidades e recursos internos de cada um dos participantes (F2.2.2.), de forma a planear intervenções especializadas com o objetivo de promover a recuperação da saúde mental, a melhoria da qualidade de vida, funcionalidade e autonomia de cada um dos participantes (F2.2.3.). De acordo com o regulamento de competências do EESMP, o enfermeiro implementa na comunidade programas centrados na população, que promovam o empoderamento e a saúde mental (F2.3.1.), pelo que verifico que o programa “ComViver” (Apêndice IIIV), teve um papel fundamental no desenvolvimento desta competência.

Na reabilitação psicossocial pretende-se a capacitação da pessoa com perturbação mental, de modo que esta atinja um nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, num meio o menos restrito possível, através da compensação das incapacidades, da recuperação e da aprendizagem de competências individuais e sociais, assim como através da criação de suportes sociais adequados aos seus níveis de autonomia ou de dependência. O objeto da reabilitação psicossocial não é o “doente”, mas sim a “pessoa” que tem o direito de viver uma existência completa, amando, trabalhando e estando com os outros (Ferreira, 2013). Por outro lado, ainda no estágio de internamento, o facto de ter colaborado com as EESMP orientadoras, noutras atividades terapêuticas como reuniões comunitárias, várias intervenções psicoterapêuticas de relaxamento, yoga e exercícios respiratórios, também contribuiu para o desenvolvimento desta competência, pois o objetivo destas intervenções é assistir a pessoa a ajustar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou características pessoais na direção que se considere desejável (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Neste contexto de aprendizagem, foi ainda realizada uma intervenção psicossocial e socioterapêutica de grupo designada “ida à feira de maio”, planeada por vários EESMP do serviço, cujo objetivo foi o treino de competências pessoais e sociais (intervenção psicossocial) e a interação entre os diferentes elementos do grupo (intervenção socioterapêutica) (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Esta intervenção foi especialmente impactante para mim, embora todas elas tenham contribuído para enriquecer o processo terapêutico dos utentes e o desenvolvimento das minhas competências. Inicialmente foi realizada uma reunião comunitária dias antes da visita à feira, dirigida por um EESMP, durante a qual foi definida a logística da atividade, onde foi

notório o entusiasmo e a empolgação dos utentes relativamente ao evento. Esta reação inicialmente surpreendeu-me e rapidamente me contagiou pelo ambiente positivo que se gerou, sentindo-me motivada a participar ativamente no mesmo. Durante a visita, observei que a maioria dos utentes demonstrou boa capacidade para interagir entre si e com os comerciantes, com quem muitos deles fizeram negócio na compra de utensílios diversos, assim como com os profissionais de saúde. No entanto, alguns mantiveram-se à margem, revelando dificuldades ao nível do relacionamento social. No geral considerei esta dinâmica como globalmente positiva, uma vez que proporcionou aos utentes uma oportunidade de socialização fora do contexto habitual, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Contudo, a participação variou, destacando-se a necessidade de abordar e trabalhar as dificuldades sentidas por alguns elementos do grupo. Esta experiência evidenciou a importância de criar contextos inclusivos que estimulem a participação de todos os utentes. O entusiasmo demonstrado antes e durante a atividade revela que iniciativas deste tipo têm potencial para motivar, promover o bem-estar e fortalecer laços interpessoais. Por outro lado, a presença de utentes menos participativos sugere a necessidade de estratégias individualizadas para apoiar aqueles que enfrentam maiores dificuldades neste âmbito. A intervenção permitiu-me compreender que atividades externas são importantes para a reabilitação psicossocial, sendo essenciais para estimular a autonomia e o funcionamento social. No entanto, é importante adaptar as abordagens para que todos os utentes beneficiem plenamente destas oportunidades.

A evidência científica mostra-nos que as dificuldades relacionadas com o funcionamento social na esquizofrenia podem ser resultado da própria doença, em que o indivíduo até apreendeu as competências sociais, mas com o desenvolvimento da doença foi perdendo-as (por não as ter mantido em prática, por isolamento ou períodos longos de hospitalização) enquanto outros nunca as tiveram (Galvão, 2020).

De acordo com o regulamento de competências, o EESMP desenvolve e implementa projetos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores (F2.3.3.). Para o desenvolvimento desta unidade de competência do EESMP realizei vários estudos de caso, como já referido, que foram desde uma adolescente até aos adultos, a dinamização de sessões de grupo com adolescentes, grupos de pais, cuidadores informais, casais grávidos, crianças em idade escolar, bem como da participação em programas já estruturados e implementados nos serviços de promoção da saúde mental, o que me permitiu promover a saúde mental, o bem-estar das pessoas e desenvolver medidas de suporte a cuidadores informais, na comunidade e em instituições (F.2.3.3.). Gostaria também de salientar o programa que desenvolvi com um grupo de cuidadores informais no estágio na UCC, com o objetivo geral de promover a sua saúde mental e melhorar os níveis de ansiedade, stress e depressão. Tendo por base que a prestação de cuidados à pessoa dependente resulta frequentemente em sobrecarga, envolvendo longos períodos dispensados ao cuidado, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga física, emocional e socioeconómica para os cuidadores (Mónico, Custódio, & Frazão, 2012), assim como as múltiplas necessidades dos cuidadores e o seu elevado nível de sofrimento psicológico realçam a importância de promover intervenções de suporte para manter o seu bem-estar emocional e possibilitar a prestação de cuidados de qualidade às pessoas que deles dependem (Passos, Sequeira, & Fernandes, 2012) realizei as cinco sessões de intervenção especializada. A primeira sessão (Apêndice XI) realizada com este grupo foi uma intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica a cuidadores com diagnóstico de autocuidado comprometido, papel do cuidador comprometido e stress do cuidador por sobrecarga. Na segunda sessão (Apêndice XII) realizei uma intervenção psicoeducacional, psicossocial e psicoterapêutica um grupo de cuidadores com diagnóstico de ansiedade, stress e autocontrolo da ansiedade comprometido. Na terceira sessão (Apêndice XIII) com o grupo de cuidadores realizei uma intervenção psicossocial e socioterapêutica a cuidadores com diagnósticos de ansiedade, stress do cuidador por sobrecarga, autocontrolo da ansiedade ineficaz e *coping* do cuidador ineficaz. Na quarta sessão (Apêndice XIV) com o referido grupo realizei uma intervenção psicossocial e socioterapêutica com cuidadores com o

diagnóstico de luto antecipatório e risco de luto disfuncional. Por fim, no quinto e último encontro com este grupo realizei uma intervenção psicossocial com uma componente psicoeducacional (Apêndice XV) com cuidadores com diagnóstico de falta de esperança. Na primeira sessão foi aplicado um instrumento de avaliação com o intuito de voltar a aplicar no final das cinco sessões de forma a comparar resultados, contudo uma vez que se tratava de um grupo aberto em que nem todas as pessoas participaram em todas as sessões decidi não o fazer. No entanto no final apliquei um questionário de satisfação cujos resultados podem ser consultados no Apêndice XV, e que evidenciou os ganhos significativos em saúde, confirmando o impacto positivo que estas sessões tiveram.

Relativamente às sessões efetuadas com o grupo de casais grávidos, no estágio da UCC, foram no total duas sessões e o objetivo geral das mesmas, foi facilitar a transição destes casais para a o papel parental. A transição para a parentalidade é um período de alto risco para a saúde mental pois exige uma adaptação psicológica significativa para integrar o papel parental, constituindo, portanto, uma oportunidade única para intervenção, pois é um período com grande impacto no desenvolvimento da criança e da relação de vinculação emergente entre pais e filhos. (Bellhouse, Newman, Bilardi, & Temple-Smith, 2021). Na primeira sessão (Apêndice XVI) foi realizada uma intervenção psicoeducacional com casais grávidos com diagnóstico de vinculação comprometida, ligação entre cuidador e criança comprometida e risco de ligação entre cuidador e criança comprometida. Na segunda sessão com este grupo (Apêndice XVII) foi realizada uma outra sessão de intervenção psicoeducacional com este grupo para pessoas com diagnóstico de ansiedade, stress e autocontrolo da ansiedade comprometido.

Ainda no estágio na UCC, pode também desenvolver programas de promoção da saúde mental nomeadamente na promoção de competências socioemocionais em 3 grupos de crianças do 3º ano do ensino básico (F3.3.5.). O objetivo geral destas sessões foi promover o desenvolvimento de competências socioemocionais nas crianças. O conceito de competência emocional implica a aquisição de capacidades subjacentes à expressão de emoções, regulação socialmente adequada e conhecimento emocional, estando intimamente relacionada com a identidade, história pessoal e com o desenvolvimento sociomoral da criança e jovem. As competências socioemocionais são consideradas competências centrais ao longo de todo o ciclo de vida, assim como a capacidade de interagirmos, de nos autorregularmos e estabelecermos relações gratificantes com os outros (Carvalho, Amann, & Almeida, 2019). Com estes grupos foi realizada uma primeira sessão de intervenção psicoeducacional e psicossocial com o tema das emoções (Apêndice XX), para crianças com o diagnóstico de emoção negativa, autocontrolo da ansiedade comprometido e ansiedade. A segunda sessão (Apêndice XXI) de intervenção psicoeducacional e socioterapêutica, com o tema da comunicação, teve como população alvo crianças com o diagnóstico de comportamento interativo comprometido. A terceira sessão (Apêndice XXII) de intervenção psicossocial com componente psicoeducacional com o tema da violência teve como população alvo crianças com diagnóstico de risco de comportamento violento, défice de competência social, risco de vitimização e défice de conhecimento sobre comportamento não violento. A quarta e última sessão foi sobre o tema dos valores (Apêndice XXIII). Tive ainda oportunidade, a convite da Escola, de participar num Webinar (Apêndice XIX) sobre igualdade e violência de género, em que foi realizada uma intervenção psicoeducacional com o objetivo de promover a sensibilização para a importância da igualdade de género em contexto de saúde mental, com um grupo de crianças do 6º ano de escolaridade, em colaboração com a psicóloga da Câmara Municipal, com diagnósticos de risco de violência e falta de conhecimento sobre violência doméstica.

Posteriormente e ainda relativamente a esta unidade de competência, no estágio de respostas diferenciadas tive oportunidade de colaborar na realização de duas sessões do programa “+Contigo” (Apêndices XXXV e XXXVI com grupos de adolescentes e a realização de 2 sessões do programa “Anos Incríveis” (Apêndices XXVII e XXVIII), com um grupo de pais de crianças entre os 3 e os 8 anos e a criação do projeto “Crescer+” (Apêndice XXX).

O programa “+Contigo” é dirigido a adolescentes em meio escolar, com o objetivo de promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental e criar uma rede de atendimento de saúde mental (Santos, et al., Mais Contigo 2021 - Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa, 2021). No mês de dezembro de 2025 colaborei na dinamização da 1ª sessão do programa “+Contigo” (Apêndice XXXV), correspondente a uma intervenção psicoeducativa, com um grupo de adolescentes a frequentar o 7º ano do ensino básico e cujo objetivo foi combater o estigma em saúde mental e refletir sobre as vivências na adolescência, através da partilha e expressão de sentimentos (Santos, et al., Mais Contigo 2021 - Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa, 2021). Já em janeiro deste ano, pude colaborar na dinamização da 2ª sessão do programa (Apêndice XXXVI), correspondente a uma intervenção psicoeducativa com componente psicossocial e socioterapêutica., com um grupo de adolescentes do 7º ano e 2 grupos de adolescentes do 10º ano de escolaridade e cujo objetivo foi explorar o conceito de autoestima, fornecer estratégias promotoras de autoestima e assistir na expressão de sentimentos e fomentar a coesão de grupo.

Gostaria também de referir que me foi dada a oportunidade de assistir a uma intervenção individualizada da EESMP orientadora com os pais de um menino de 10 anos segundo o projeto *Let’s Talk About Children* (LTC) e uma sessão individual com a avó de um menino de 13 anos, dinamizada pela EESMP orientadora, onde foi aplicada uma intervenção individual (1ª sessão), com base no programa parentalidade sábia (*Parenting Wisely – Teens*), de Gaspar, 2013).

O programa “Anos Incríveis” é um programa que foi desenvolvido por Carolyn Webster-Stratton, em Seattle. Este é um programa de intervenção baseado em evidência, direcionado para pais, para educadores e para a criança, tendo como principais objetivos promover a competência social, emocional e académica das crianças, assim como prevenir e reduzir problemas de comportamento, de forma precoce e eficiente, utilizando uma abordagem colaborativa, centrada na promoção de práticas educativas positivas, com recurso a metodologias de intervenção, o modelamento por vídeo e a prática de estratégias nas sessões (*role-play*). A eficácia do programa “Anos Incríveis” tem sido amplamente demonstrada na prevenção e intervenção precoce em problemas de comportamento nas crianças de idade escolar, dos 3 aos 8 anos de idade (Universidade de Coimbra, 2018).

Nos estágios de internamento e na comunidade tive também a oportunidade de promover a saúde mental dos colaboradores destes serviços, com vista à redução de fatores de stress, gestão de conflitos e comportamentos abusivos (F2.3.4.). Com a equipa onde realizei o estágio de internamento foi realizada uma sessão sobre *Mindfulness* e *Mindful Eating* (Apêndice V) com o objetivo de promover a introspeção e facilitar o autoconhecimento, ensinar sobre estratégias de redução da ansiedade e o mal-estar psicológico, facilitar a identificação de sensações corporais, emoções e pensamentos, assistir na identificação das perceções ou ideias sobre o eu. Com o grupo de colaboradores da UCC realizei um circuito de dinâmicas (Apêndice XVIII) no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental, que incluiu brainstorming, mindfulness, treino de mindful eating, relaxamento e para terminar construíram uma árvore da gratidão, tratando-se, portanto, de uma intervenção psicoterapêutica com pessoas com diagnósticos de autoconceito comprometido, autocontrolo da ansiedade comprometido, stress, ansiedade e falta de esperança.

Em geral, no início das intervenções, experienciei sentimentos de insegurança, ansiedade e apreensão, particularmente associados à condução de entrevistas clínicas, ao planeamento de intervenções individualizadas e grupais e à responsabilidade inerente à avaliação em saúde mental. Estes sentimentos intensificaram-se perante situações inesperadas, como a interrupção do contacto por parte de uma das pessoas alvo de estudo de caso, o que gerou em mim sentimentos de frustração e tristeza.

Simultaneamente, senti motivação e interesse pela possibilidade de aplicar conhecimentos teóricos em contexto real e de contribuir para a promoção da saúde mental em diferentes fases do ciclo de vida. Com o decorrer dos estágios, e à medida que fui adquirindo experiência, pesquisando explicações para determinados comportamentos e recebendo *feedback* das EESMP orientadoras, da equipa e das próprias pessoas, estes sentimentos foram gradualmente substituídos por maior confiança, entusiasmo e tranquilidade na prática clínica.

De um modo geral, avalio este percurso como globalmente muito positivo e enriquecedor. A diversidade de contextos e populações permitiu-me desenvolver competências de avaliação em saúde mental, nomeadamente ao nível da comunicação terapêutica, sensibilidade cultural, técnica de entrevista, observação do comportamento e revisão de registos clínicos.

A participação em intervenções individuais, grupais e comunitárias contribuiu para uma compreensão mais abrangente da promoção da saúde mental, ultrapassando uma perspetiva exclusivamente centrada no indivíduo e integrando a família, os grupos e a comunidade como elementos fundamentais do cuidado.

Como aspetos menos positivos, destaco as limitações temporais e contextuais que condicionaram a implementação integral de alguns planos de cuidados individuais. Contudo, reconheço que estas limitações não invalidaram o processo de avaliação global realizado nem o desenvolvimento das competências essenciais à prática do EESMP.

A avaliação em enfermagem de saúde mental deve ser compreensiva, contínua e centrada na pessoa, considerando os múltiplos sistemas que influenciam o equilíbrio emocional e o bem-estar psicológico (Sequeira & Sampaio, 2020). Neste sentido, os estudos de caso permitiram-me integrar a história de saúde mental das pessoas e das suas famílias, reconhecendo a influência dos contextos familiar, social e comunitário no desenvolvimento psicológico da pessoa.

O uso efetivo da comunicação terapêutica revelou-se central em todas as intervenções. Conforme refere Campos, 2017, a comunicação terapêutica constitui uma ferramenta essencial para compreender as necessidades das pessoas, frequentemente vulnerabilizadas pela doença, promovendo ganhos em saúde, bem-estar e qualidade de vida. A capacidade de adaptar a comunicação verbal e não verbal, respeitando o ritmo e a autonomia da pessoa, mostrou-se fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica e para o sucesso das intervenções (Campos, 2017). A utilização de técnicas comunicacionais terapêuticas como a informação, a aceitação, o silêncio, o parafraseamento, o questionamento, a clarificação, a focalização, a confrontação, a assertividade, a empatia, a validação, a síntese, a reformulação, a exploração, a interpretação, a orientação e o feedback (Sequeira & Sampaio, 2020) foram fulcrais para estabelecer uma relação de confiança e potenciar o envolvimento dos utentes no seu próprio processo de recuperação.

A dinamização de intervenções grupais reforçou a importância das estratégias de promoção da saúde mental enquanto medidas preventivas e potenciadoras de fatores protetores, contribuindo para o fortalecimento da autonomia, da funcionalidade e do suporte social. Por outro lado, a reflexão crítica sobre situações de frustração ou insucesso aparente, como a interrupção de um processo terapêutico de um dos estudos de caso, permitiu-me compreender que o processo de cuidado é da pessoa e ocorre ao seu ritmo, constituindo desta forma também uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

Em suma, o desenvolvimento da competência de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental foi significativo e transversal aos três estágios. As experiências vivenciadas permitiram-me consolidar o papel do EESMP na avaliação, planeamento e implementação de cuidados baseados em evidência científica, bem como no desenvolvimento de relações terapêuticas eficazes. Do mesmo modo, reconheço que o autoconhecimento e a autoconfiança são processos contínuos, potenciados pela reflexão crítica, pelo *feedback* recebido e pela colaboração em equipa, constituindo todos eles elementos essenciais para a prática especializada.

No futuro, pretendo aprofundar competências na utilização de instrumentos de avaliação em saúde mental em diferentes fases do ciclo de vida, bem como continuar a desenvolver intervenções de promoção da saúde mental em contextos individuais, familiares, grupais e comunitários. Pretendo reforçar a articulação com a família, a comunidade e equipas multidisciplinares, garantindo cuidados integrados e centrados na pessoa. Comprometo-me a manter uma prática reflexiva sistemática, recorrendo ao modelo de *Gibbs*, solicitando feedback regular e promovendo a partilha de aprendizagens com os colegas, de modo a consolidar a autoconfiança, a capacidade adaptativa e a excelência dos cuidados de enfermagem, sustentados na melhor evidência científica disponível.

c) Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental

A terceira competência dos EESMP é “ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”, o que supõe sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde, prescrevendo cuidados a prestar baseados na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico de enfermagem e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O processo de enfermagem encontra-se dividido em cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final, que visam ajudar o enfermeiro a abordar, de forma estruturada e rigorosa, situações potencialmente com tendência a problemas. Desta forma, o enfermeiro considera várias possibilidades sem se precipitar rapidamente para uma conclusão não fundamentada (Sequeira & Sampaio, 2020). O EESMP no uso deste método de trabalho identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, da família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental (F3.1.1.), avalia o impacto multifatorial no contexto familiar (F3.1.2.), identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados (F3.1.3.), diferenciando as manifestações de doença mental de estados fisiológicos ou perturbações orgânicas (F3.1.4.) uma vez que estes podem interferir no diagnóstico e consequente no tratamento.

Ao longo dos três ensinamentos clínicos, desenvolvi esta competência através da realização de quatro estudos de caso em diferentes contextos (internamento, comunidade e respostas diferenciadas), planeamento e implementação de intervenções individuais e grupais e avaliação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada. Para a colheita de dados recorri ao modelo FIFE (*feelings, ideas, functioning, expectations*), de forma a aceder à experiência de doença da pessoa e identificar as áreas de intervenção psicossocial a serem trabalhadas (Querido, Tomás, & Laranjeira, 2019). Recorreu-se também, a fontes primárias, a instrumentos como a observação, realização do exame do estado mental, a entrevista estruturada e semi-estruturada, à construção do genograma, do ecomapa e a fontes secundárias de dados (registos de enfermagem e diários clínicos, no sistema de informação *SClínico*).

O exame do estado mental é um dos componentes da avaliação psiquiátrica, que inclui a observação do comportamento do utente e a sua descrição de forma concreta e sem juízos de valor, de forma a detetar sinais de doença. Este apresenta uma estrutura própria e divide-se pelos seguintes parâmetros: aspeto geral, comportamento e atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor e emoções, linguagem e aspetos formais do pensamento, conteúdo do

pensamento, alterações perceptivas, capacidade de interpretação e consciência da doença. A avaliação do estado mental é um dos vários instrumentos que o enfermeiro pode utilizar dentro da componente de avaliação diagnóstica compreensiva no processo de enfermagem, para detetar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental do indivíduo. No contexto da enfermagem, esta constitui uma competência diferenciada do EESMP, integrada no seu âmbito de intervenção, embora seja também utilizada por outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e psicólogos, no âmbito das suas práticas clínicas (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Desta forma, foi possível diferenciar exacerbação de uma perturbação psiquiátrica de sinais e sintomas de um novo problema de saúde (F3.1.5.), identificar complicações decorrentes de problemas de saúde mental, inclusive problemas de ordem física (F3.1.6.), detetar situações de emergência psiquiátrica (F3.1.7.), assim como avaliar potenciais riscos para o próprio ou para os outros, de forma a ajudar as pessoas e respetivas famílias a assegurar um ambiente seguro num ambiente o menos restritivo possível (F3.1.8.).

A prática foi sustentada por diferentes modelos teóricos, nomeadamente o Modelo Tidal, a Teoria das Transições de Meleis e o Modelo das Relações Interpessoais de Peplau, os quais orientaram o meu raciocínio clínico, a formulação diagnóstica, o planeamento e a avaliação das intervenções.

Durante o desenvolvimento desta competência experienciei sentimentos ambivalentes. Por um lado, senti motivação, interesse e entusiasmo pela possibilidade de aplicar modelos teóricos e instrumentos de avaliação em contexto real, reconhecendo a relevância de uma prática estruturada e centrada na pessoa. Por outro lado, vivenciei frustração, tristeza e impotência em situações em que o processo terapêutico foi interrompido, em que a família não pôde ser envolvida ou em que as limitações temporais impediram a implementação completa das intervenções planeadas. Simultaneamente, senti satisfação profissional ao observar o envolvimento ativo dos utentes na definição dos seus objetivos terapêuticos e ao reconhecer a relação terapêutica como instrumento fundamental.

Os aspetos positivos desta experiência incluem a utilização sistemática de modelos teóricos de enfermagem, a realização de estudos de caso estruturados, a identificação de diagnósticos de enfermagem (F3.1.), a negociação de objetivos com os utentes e o planeamento de intervenções (F3.3.) baseadas na evidência científica, de forma a aumentar e/ou manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social, promovendo e reforçando as capacidades da família (F3.4.5.), monitorizando continuamente a segurança do utente de forma a detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental e intervindo em situações de emergência psiquiátrica (F3.4.2.). O facto de conceptualizar a pessoa como agente ativo no seu processo terapêutico contribuiu para o seu *empowerment*.

Como aspetos menos positivos, destacam-se as limitações temporais, a interrupção de alguns processos terapêuticos, a dificuldade no envolvimento familiar nalguns contextos e a impossibilidade de aplicar determinados instrumentos de avaliação previstos nos planos de cuidados. Estas limitações refletem constrangimentos reais da prática clínica e reforçam a complexidade da intervenção em saúde mental.

Por outro lado, a utilização de modelos teóricos revelou-se essencial para estruturar o processo de enfermagem especializada. A Teoria das Transições de Meleis permitiu compreender a vulnerabilidade associada a transições saúde-doença, enquanto o Modelo das Relações Interpessoais de Peplau evidenciou a centralidade da relação terapêutica como processo dinâmico e colaborativo. O Modelo Tidal reforçou a importância da narrativa da pessoa e da co-construção do plano de cuidados.

O Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau é um instrumento educativo, uma força de maturação que objetiva promover o movimento de progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, pessoal e comunitária. Peplau conceptualiza o doente como parceiro no processo de

enfermagem (Tomey & Alligood, 2004), e da enfermagem como profissão autónoma visto a relação interpessoal não estar dependente de prescrições médicas (Marques, Néné, & Sequeira, 2024).

Segundo a Teoria das Transições de Meleis, a pessoa tende a ser mais vulnerável a riscos nos processos de transição, pelo que a compreensão do processo de transição pode ajudar a identificar estes riscos. Por outro lado, de acordo com a teoria de Meleis, para que a pessoa supere esta vivência é fundamental a incorporação dos novos reveses da sua vida, trazendo a aquisição de novos saberes e atitudes, transformando assim o modo como se define a si mesmo, passando a deter instrumentos fundamentais para estas transições, que vão ocorrendo ao longo da vida, de forma a que estes ocorram de forma saudável (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000).

A mobilização destes modelos teóricos contribuiu de forma significativa para a minha prestação de cuidados. O Modelo das Relações Interpessoais de Peplau orientou a construção de uma relação terapêutica estruturada, intencional e centrada na pessoa, permitindo adaptar a intervenção às diferentes fases do processo terapêutico, promover a confiança, a adesão e a participação ativa do utente. Por outro lado, a Teoria das Transições de Meleis permitiu-me compreender os momentos de vulnerabilidade associados às transições vivenciadas pelas pessoas, orientando a identificação de fatores de risco e a implementação de intervenções facilitadoras da adaptação. Por sua vez, o Modelo Tidal reforçou a importância da narrativa da pessoa e da co-construção do seu plano de cuidados, promovendo uma abordagem centrada na pessoa, no significado da sua experiência de doença e no *empowerment*. Desta forma, todos estes modelos contribuíram para uma prática mais reflexiva, estruturada e individualizada, orientando o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a implementação de intervenções terapêuticas ajustadas às necessidades da pessoa, família e comunidade.

A abordagem centrada na pessoa e a participação ativa dos utentes estão alinhadas com os princípios do modelo de *recovery*. O *recovery* não significa cura na perspetiva da pessoa com doença mental, mas sim ganhar e reter esperança, compreender as suas habilidades e desabilidades, empenhar-se numa vida ativa, com autonomia, identidade social, significado e objetivos de vida, assim como uma visão positiva de si (OMS, 2013, citado em Sequeira, et al., 2019).

A interrupção de um processo terapêutico, no estágio na UCC, exigiu uma profunda autorreflexão e foi analisada à luz do Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente, de 1984, identificando-se que a pessoa pode reconhecer a necessidade de mudança e até planear ações, mas ainda não estar preparada para as concretizar permanecendo na fase de contemplação ou preparação (Boswell, Sauer, Gallagher, Delgado, & Barlow, 2012). Esta análise reforçou a importância de respeitar o ritmo individual e de adaptar as intervenções à prontidão para a mudança.

A unidade de competência F3.4., regula que o EESMP realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, sendo que esta competência foi desenvolvida em todos os contextos de aprendizagem, com a elaboração dos 4 estudos de caso.

Nos vários estudos de caso realizados, nos diferentes contextos, com base nos dados recolhidos, foram identificados os respetivos diagnósticos de enfermagem de saúde mental segundo taxonomia standardizados (F3.1.9.), elaborado um plano de cuidados individualizado e a estruturação de intervenções especializadas de forma a permitir o desenvolvimento de fatores protetores, à redução do risco de desenvolvimento de doença mental (F3.4.1.) e à gestão do regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas de doença psiquiátrica e melhorar a funcionalidade (F3.4.4.).

No estudo de caso, realizado no estágio de internamento (Apêndice I), foram aplicados vários instrumentos de avaliação de forma a auxiliar a formulação dos diagnósticos de enfermagem, nomeadamente a Escala Abreviada de Avaliação da Qualidade de Vida, da OMS, 2004, validada para a população portuguesa por Canavarro et al, 2007; Escala Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) de Delgado e Lima, 2001; Miniexame do

Estado Mental Escala de Folstein, M., Folstein, M., & McHugh, P. (1975), traduzida e validada para a população portuguesa por Guerreiro, M. (1998); Escala de Insight de Maskóva e Berrios, adaptada e validada para Portugal por (Vanelli, et al., 2010); Teste de Assertividade de Lloyd, S.R. (2002); e Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11), validada para a população portuguesa por Fernandes, 2014. Os diagnósticos que foram identificados nesta pessoa foram: autogestão do regime dietético comprometida, Autogestão do regime de exercício comprometida, Autogestão do regime medicamentoso comprometida, Potencial de recuperação, Autoconceito comprometido e Comportamento interativo comprometido. Numa tentativa de integrar a família no processo terapêutico da pessoa, contactei a irmã do utente via telefone para recolher informações sobre a história familiar e a personalidade prévia do utente, o que se previa ser um grande desafio, uma vez que, na unidade de saúde em questão, muitos utentes não possuem apoio familiar ou mantêm laços frágeis com a família. A comunicação com a irmã do referido utente foi, no entanto, positiva e colaborativa, o que me trouxe algum alívio e satisfação ao perceber a disponibilidade demonstrada, pelo que considero que a recolha de informação junto da família foi útil para compreender melhor o contexto do utente e enriquecer o plano de cuidados, apesar de a família, segundo a irmã, não apresentar condições de receber o utente num possível alta, nesse momento. As dificuldades sentidas na integração familiar refletem a realidade geral dos utentes desta unidade, indicando a necessidade de estratégias adicionais para promover o envolvimento familiar.

No primeiro estudo de caso desenvolvido no estágio na UCC (Apêndice IX), recorreu-se à Teoria das Transições de Meleis, pois, a utente encontrava-se num processo de transição saúde-doença. Os diagnósticos de saúde mental identificados neste estudo de caso foram Falta de Esperança, Luto disfuncional, Humor depressivo e défice no autocuidado de atividade recreativa. O instrumento de avaliação usado, para além da observação, foi a Escala da Esperança de Hearth – PT, adaptada e validada para a população portuguesa por Querido, 2013 (Anexo II). No decorrer do estágio foi apenas aplicado este instrumento de avaliação, apesar de ter previsto inicialmente utilizar outros instrumentos, pois a utente deixou de abrir a porta, o que gerou em mim no momento, como já referi anteriormente, sentimentos de tristeza e frustração por um lado, mas por outro exigiu de mim momentos de autorreflexão e reflexão conjunta com a EESMP orientadora, o que permitiu concluir que a utente provavelmente ainda não estava preparada para a mudança. Esta reflexão é sustentada pelo modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente, de 1984, como já referido. Face a este cenário, restou-me aguardar o seu possível contacto, respeitando o tempo e processo da utente.

No segundo estudo de caso realizado também neste estágio na UCC (Apêndice X), baseei-me no Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Segundo Peplau, a relação interpessoal terapêutica desenvolve-se em quatro fases: orientação, reconhecimento, aprofundamento e resolução (Marques, Néné, & Sequeira, Enfermagem Avançada, 2024).- A fase de orientação neste estudo caso consistiu na recolha de dados, na identificação das necessidades e dos recursos necessários. Na fase de reconhecimento foram explorados os sentimentos manifestados e definidos os diagnósticos de enfermagem. Seguiu-se a fase de aprofundamento em que se estabeleceram os objetivos e se delinearam as intervenções de enfermagem. Por fim, na fase de resolução, através de um processo colaborativo entre o enfermeiro e a pessoa, procurou-se satisfazer as suas necessidades, e até foram identificadas novas necessidades, finalizando-se com a avaliação das intervenções implementadas. Na realização deste segundo estudo de caso, senti motivação e simultaneamente desafiada ao longo de toda a relação, mas contribuiu para que reconhecesse a importância da relação terapêutica e do envolvimento ativo da pessoa. Os diagnósticos de enfermagem de saúde mental identificados nesta pessoa foram: baixa autoestima, culpa, *coping* ineficaz, processo de pensamento comprometido, abuso de álcool e autocontrolo comprometido. Foram também utilizados instrumentos de avaliação, nomeadamente a Escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Teste, validada para a população portuguesa por Cunha, 2002). Relativamente ao envolvimento familiar, no primeiro estudo de caso não foi possível envolver a família por falta de oportunidade, pois o processo terapêutico foi interrompido antes que o previsse. No segundo caso,

foi realizado o contato apenas com a avó materna da utente que a utente identificava como sendo uma pessoa de referência na sua vida e o companheiro da mesma, contudo nenhum foi diretamente envolvido no seu processo terapêutico.

No estudo de caso realizado no estágio em contexto de respostas diferenciadas (Apêndice XXIX), baseei-me no Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Neste estudo de caso não foi possível desenvolver todas as fases da relação terapêutica, ficando-me essencialmente na fase de orientação, pois esta é centrada na recolha de dados, identificação de necessidades e definição de objetivos. A limitação temporal impediu a progressão para as fases subsequentes, nomeadamente a fase de reconhecimento e resolução. Ainda assim, com base nos dados recolhidos, foram identificados os diagnósticos de enfermagem ansiedade em grau moderado ou elevado, comportamento autodestrutivo e autoimagem negativa. Para a definição do grau da ansiedade estava prevista a aplicação da Escala EDAS-C-21, validada para a população portuguesa por Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro, Maroco, 2009, que não foi possível concretizar, devido à limitação de tempo de estágio. O envolvimento familiar, neste caso, revelou-se significativo, uma vez que tanto o pai como a mãe participaram em consultas distintas, demonstrando disponibilidade para integrar o processo terapêutico. Esta participação reforça a importância da família enquanto recurso terapêutico e valida a conceptualização da pessoa integrada nos seus contextos.

Do ponto de vista da prática reflexiva, estas experiências evidenciam um processo de reflexão na ação e sobre a ação, conforme proposto por (Schon, 1983), permitindo ajustar intervenções em tempo real e posteriormente reconfigurar a prática. Por outro lado, a utilização estruturada do ciclo reflexivo de Gibbs constitui uma forma sistematizada de reflexão guiada.

Concluo que esta competência foi desenvolvida de forma progressiva e consistente ao longo dos três estágios, permitindo consolidar competências de raciocínio clínico, planeamento e negociação de cuidados, utilização de modelos teóricos, avaliação de intervenções e promoção do *recovery*. A definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde mental (F3.2.1.) assim como a monitorização dos resultados de forma a verificar a efetividade do plano de cuidados contribuem para perceber os se houve ganhos em saúde mental (F3.2. e F3.2.2.).

No estágio em respostas diferenciadas foi ainda possível desempenhar funções enquanto terapeuta de referência (F3.5 e F3.5.1), pois a atividade assistencial/método de trabalho da ECSM-IA organiza-se segundo o modelo de terapeuta de referência. O método de trabalho é uma das bases do exercício profissional, com diversas implicações e fatores que podem interferir na qualidade e segurança dos cuidados prestados. O método de trabalho por enfermeiro responsável/gestão de caso consiste numa prestação de cuidados através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão e coordenação das decisões clínicas (Ventura-Silva, Martins, Trindade, Ribeiro, & Cardoso, 2021). Desta forma são proporcionados cuidados de saúde de qualidade, diminuindo-se a fragmentação, melhorando a qualidade de vida do utente e contendo custos (Freire, 2013). Também neste contexto de aprendizagem foi-me possível participar na dinamização de algumas sessões do programa “Anos Incríveis”, como já referi anteriormente, e desta forma promover aptidões parentais, assim como na realização de algumas sessões do programa “+Contigo” com o objetivo de promover a saúde mental dos jovens e promover a saúde mental em grupos de casais grávidos (F3.3.4.).

No contexto de internamento foi-me possível desenvolver um programa de reabilitação psicossocial, da minha autoria, designado de “ComViver”, como já referido anteriormente, cujo objetivo era a reabilitação de pessoas com doença mental grave de evolução prolongada e das suas famílias (F3.3.2. e F3.5.2.) e treino de aptidões sociais (F3.3.5.).

No estágio desenvolvido na UCC foi possível planear e desenvolver um programa de desenvolvimento de competências socioemocionais em contexto escolar, como também já referido (F3.3.5.), assim como permitir o desenvolvimento de fatores protetores de forma a reduzir o risco de desenvolvimento de doença mental

(F3.4.1.) num grupo de cuidadores informais e de grávidas que frequentavam o curso de preparação para o parto na UCC.

No futuro, pretendo aprofundar as minhas competências na implementação e avaliação de intervenções de enfermagem especializada em saúde mental, acompanhar os processos terapêuticos ao longo do tempo, reforçar o envolvimento da família e da comunidade e expandir o uso de instrumentos de avaliação validados e adequados. Pretendo continuar a aplicar modelos teóricos na prática clínica e a utilizar estratégias de reflexão sistemática, como o modelo de *Gibbs*, de forma a promover aprendizagem contínua, a melhoria da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da identidade profissional enquanto EESMP.

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida

A quarta competência específica do EESMP é prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para tal o EESMP implementa as intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo dos vários contextos de estágio, desenvolvi e implementei diversas intervenções estruturadas, intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas individuais e grupais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e transições (F4.2.1), assim como intervenções psicossociais estruturadas individualmente e em grupo, com vista à inserção familiar, social e profissional da pessoa, o que me permitiu operacionalizar esta competência em diferentes contextos e populações.

Durante a realização dos estudos de caso demonstrei sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros (F4.1.8.) e analisei o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com a situação (F4.1.9.), assim como considerei a disponibilidade para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas (F4.1.10.), utilizando técnicas psicoterapêutica e socioterapêuticas para ajudar a pessoa a desenvolver e integrar a doença mental ou *deficits* por elas causadas, fazendo escolhas no sentido de mudar positivamente estilos de vida (F4.2.4.), assim como libertação de tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (F4.2.5.).

Começando pela primeira experiência que foi em contexto de UIDEPP, foi possível proceder ao planeamento e realização de sessões de grupo, assim como em intervenções individuais com a pessoa alvo do estudo de caso (F4.1). Comecei por identificar as necessidades dos utentes do serviço e, com base nessas necessidades identificadas, elaborei o programa “ComViver”, com atividades terapêuticas de grupo com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial dos utentes internados neste serviço (F4.3. e F4.3.1.), como já referido anteriormente, e paralelamente realizei um plano de cuidados individual para a pessoa alvo de estudo de caso com o mesmo objetivo (F4.3.3.).

O programa “ComViver” incluiu 6 sessões, iniciando-se por uma intervenção psicoeducativa sobre esquizofrenia e psicose, uma intervenção de relaxamento muscular progressivo, duas intervenções psicossociais de grupo de treino de assertividade e treino de autocontrolo, uma intervenção psicossocial e

socioterapêutica de treino de interação social e terminei o programa com uma sessão de avaliação do programa. O planeamento destas intervenções encontra-se no Apêndice II. Simultaneamente colaborei com as EESMP noutras atividades terapêuticas já referidas em tópicos anteriores. Foi ainda realizada uma intervenção psicossocial e socioterapêutica de grupo designada “ida à feira de maio”, planeada por vários EESMP do serviço com quem colaborei, com o objetivo de treinar competências pessoais e sociais (intervenção psicossocial) e a interação entre os diferentes elementos do grupo (intervenção socioterapêutica) (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

No estágio em contexto de internamento realizei ainda uma sessão grupal de relaxamento por imaginação guiada (Apêndice III) e uma intervenção psicoeducativa e psicossocial sobre atividade física (Apêndice IV). Com a equipa foi realizada uma sessão de intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica – técnica de Mindfulness (Apêndice V). Com o utente alvo de estudo de caso realizei uma sessão individual de intervenção psicoeducativa sobre autogestão do regime medicamentoso (Apêndice VI), uma intervenção psicoeducativa sobre autogestão do regime de exercício físico (Apêndice VII) e uma intervenção psicoterapêutica de estimulação cognitiva (Apêndice VIII). Com este trabalho procurei essencialmente enfatizar a importância da prestação de cuidados especializados em saúde mental com vista ao *empowerment* e *recovery* das pessoas com doença mental grave para uma reintegração futura em sociedade (F4.2.). A doença mental grave é responsável por provocar profundas e persistentes alterações no funcionamento da pessoa, com repercussões nas mais variadas áreas da sua vida, pelo que requer múltiplas e variadas intervenções. Para além do forte impacto que tem no sofrimento individual, com a consequente perda da qualidade de vida, tem inevitavelmente repercussões nos grupos de pertença e subsistemas em que a pessoa se insere. Face a isto, a estratégia de atuação na recuperação do doente mental grave direciona a prática no sentido da prestação de cuidados que promovam os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação), tendo como objetivo final a reabilitação e a inserção social da pessoa (Martins, Machado, Gouveia, Carvalho, & Renca, 2021). Para alcançar este fim último foram desenvolvidas estratégias individuais e em grupo, através da promoção da adesão ao tratamento (F4.1.2.) e prevenção da não adesão (F4.1.4.), através da educação e auxílio à pessoa na avaliação de alternativas terapêuticas complementares adequadas (F4.1.5.), e através da implementação de intervenções psicoeducativas com vista à promoção do conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental e as doenças mentais (F4.1.3.), implementando técnicas psicoterapêuticas com vista ao aumento do “*insight*” (F4.2.2.), usando técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ajudar a pessoa a recuperar a sua saúde mental (F4.2.3.) e procurando sempre o envolvimento da família, mesmo que este envolvimento seja difícil (F4.1.7.). Nesta unidade de competência e durante os vários estágios não houve oportunidade para desenvolver atividades dirigidas exclusivamente ao apoio sistematizado às famílias de pessoas com doença mental grave através de grupos psicoeducacionais (F4.1.6.) contudo penso que o facto de ter havido partilha de conhecimentos, expectativas e perspetivas de vida com familiares que prestam algum apoio a estas pessoas, contribuiu para o aumento e melhoria na qualidade de vida destes utentes e para o desenvolvimento desta unidade de competência.

No estágio em contexto comunitário, para o desenvolvimento desta competência, efetuei o planeamento e executei sessões de grupo, assim como em intervenções individuais com as pessoas alvo do estudo de caso. As intervenções de grupo realizadas foram com três grupos de crianças do 1º ciclo do ensino básico, duas turmas do 6º ano, grupo de casais grávidos e de cuidadores informais e grupo de colaboradores do Centro de Saúde, que descreverei de seguida, tendo por base os diagnósticos de enfermagem identificados e descritos nos apêndices respetivos. Em cada sessão realizada, avalei criteriosamente os resultados obtidos, utilizando instrumentos de avaliação e questionários de satisfação, para além do *feedback* dos participantes durante as sessões e da EESMP orientadora.

Com o grupo de cuidadores informais, realizei cinco sessões grupais, com frequência semanal, com o objetivo geral de promover a sua saúde mental e melhorar os níveis de ansiedade, stress e depressão. Tendo por base que a prestação de cuidados à pessoa dependente resulta frequentemente em sobrecarga, envolvendo longos períodos dispensados ao cuidado, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga física, emocional e socioeconómica para os cuidadores (Mónico, Custódio, & Frazão, 2012). A primeira sessão (Apêndice XI) realizada com este grupo foi uma intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica a cuidadores com diagnóstico de autocuidado comprometido, papel do cuidador comprometido e *stress* do cuidador por sobrecarga. Na segunda sessão (Apêndice XII) realizei uma intervenção psicoeducacional, psicossocial e psicoterapêutica um grupo de cuidadores com diagnóstico de ansiedade, *stress* e autocontrolo da ansiedade comprometido. Na terceira sessão (Apêndice XIII) com o grupo de cuidadores realizei uma intervenção psicossocial e socioterapêutica a cuidadores com diagnósticos de ansiedade, *stress* do cuidador por sobrecarga, autocontrolo da ansiedade ineficaz e *coping* do cuidador ineficaz. Na quarta sessão (Apêndice XIV) com o referido grupo realizei uma intervenção psicossocial e socioterapêutica com cuidadores com o diagnóstico de luto antecipatório e risco de luto disfuncional. Por fim, no quinto e último encontro com este grupo realizei uma intervenção psicossocial com uma componente psicoeducacional (Apêndice XV) com cuidadores com diagnóstico de falta de esperança. Na primeira sessão foi aplicado um instrumento de avaliação com o intuito de voltar a aplicar no final das cinco sessões de forma a comparar resultados, contudo uma vez que se tratava de um grupo aberto em que nem todas as pessoas participaram em todas as sessões decidimos não o fazer. No entanto no final apliquei um questionário de satisfação cujos resultados podem ser consultados no Apêndice XV, e que evidenciou os ganhos significativos em saúde, confirmando o impacto positivo que estas sessões tiveram. A implementação de intervenções/programas psicoeducativos tem benefícios demonstrados na capacitação dos familiares cuidadores e na redução dos seus níveis de stress e sobrecarga, portanto a existência de programas de capacitação pode contribuir não só para a melhoria dos cuidados prestados no domicílio, mas também na redução das repercussões negativas do exercício do papel de cuidador (Sequeira & Sampaio, 2020).

Relativamente às sessões efetuadas com o grupo de casais grávidos, foram no total duas sessões e o objetivo geral das mesmas, foi facilitar a transição destes casais para a o papel parental. A transição para a parentalidade é um período de alto risco para a saúde mental pois exige uma adaptação psicológica significativa para integrar o papel parental, constituindo, portanto, uma oportunidade única para intervenção, pois é um período com grande impacto no desenvolvimento da criança e da relação de vinculação emergente entre pais e filhos. (Bellhouse, Newman, Bilardi, & Temple-Smith, 2021). Na primeira sessão (Apêndice XVI) foi realizada uma intervenção psicoeducacional com casais grávidos com diagnóstico de vinculação comprometida, ligação entre cuidador e criança comprometida e risco de ligação entre cuidador e criança comprometida. Na segunda sessão com este grupo (Apêndice XVII) foi realizada uma outra sessão de intervenção psicoeducacional com este grupo para pessoas com diagnóstico de ansiedade, *stress* e autocontrolo da ansiedade comprometido.

Na saúde escolar tive oportunidade de realizar quatro sessões, com três turmas do 3º ano de escolaridade. O objetivo geral destas sessões foi promover o desenvolvimento de competências socioemocionais nas crianças. O conceito de competência emocional implica a aquisição de capacidades subjacentes à expressão de emoções, regulação socialmente adequada e conhecimento emocional, estando intimamente relacionada com a identidade, história pessoal e com o desenvolvimento sociomoral da criança e jovem. As competências socioemocionais são consideradas competências centrais ao longo de todo o ciclo de vida, assim como a capacidade de interagirmos, de nos autorregularmos e estabelecermos relações gratificantes com os outros (Carvalho, Amann, & Almeida, 2019). Com estes grupos foi realizada uma primeira sessão de intervenção psicoeducacional e psicossocial com o tema das emoções (Apêndice XX), para crianças com o diagnóstico de emoção negativa, autocontrolo da ansiedade comprometido e ansiedade. A segunda sessão (Apêndice XXI) de

intervenção psicoeducacional e socioterapêutica, com o tema da comunicação, teve como população alvo crianças com o diagnóstico de comportamento interativo comprometido. A terceira sessão (Apêndice XXII) de intervenção psicossocial com componente psicoeducacional com o tema da violência teve como população alvo crianças com diagnóstico de risco de comportamento violento, déficit de competência social, risco de vitimização e déficit de conhecimento sobre comportamento não violento. A quarta e última sessão será sobre o tema dos valores (Apêndice XXIII). Tive ainda oportunidade, a convite da Escola local, de participar num *Webinar* (Apêndice XIX) sobre igualdade e violência de género, em que foi realizada uma intervenção psicoeducacional com o objetivo de promover a sensibilização para a importância da igualdade de género em contexto de saúde mental, com um grupo de crianças do 6º ano de escolaridade, em colaboração com a psicóloga da Câmara Municipal e, com diagnósticos de risco de violência e falta de conhecimento sobre violência doméstica.

Com o grupo de colaboradores do Centro de Saúde realizei um circuito de dinâmicas (Apêndice XVIII) no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental, que incluiu *brainstorming*, *mindfulness*, treino de *mindfull eating*, relaxamento e para terminar construíram uma árvore da gratidão, tratando-se, portanto, de uma intervenção psicoterapêutica com pessoas com diagnósticos de autoconceito comprometido, autocontrolo da ansiedade comprometido, stress, ansiedade e falta de esperança.

Ao longo deste estágio no contexto de respostas diferenciadas, para o desenvolvimento desta competência, efetuei o planeamento e executei sessões de grupo, que se encontram nos apêndices. Nos primeiros dias de estágio comecei por identificar as necessidades dos utentes alvo de cuidados do SPIA e com base nessas necessidades elaborei o projeto de estágio que serviu como guia orientador das intervenções realizadas.

As intervenções de grupo realizadas foram com um grupo de grávidas, a frequentar o curso de preparação para o parto no Hospital, quatro grupos de alunos correspondente a quatro turmas do 7º e do 10º ano de escolaridade, grupo de pais de crianças entre os 3 e os 8 anos de idade, grupo de crianças a aguardar consulta na sala de espera do SPIA no dia 11 de dezembro de 2025, tendo por base os diagnósticos de enfermagem identificados e descritos nos respetivos apêndices. Em cada sessão realizada, avaliei criteriosamente os resultados obtidos, com base no *feedback* dos participantes durante as sessões e das enfermeiras orientadoras.

Com o grupo de grávidas realizei uma intervenção psicoeducativa (Apêndice XXXIII), cujos objetivo geral foi promover a saúde mental dos casais grávidos no período perinatal e reconhecer os principais desafios da transição para a parentalidade. A transição para a parentalidade é um período de alto risco para a saúde mental pois exige uma adaptação psicológica significativa para integrar o papel parental, constituindo, portanto, uma oportunidade única para intervenção, pois é um período com grande impacto no desenvolvimento da criança e da relação de vinculação emergente entre pais e filhos. (Bellhouse, Newman, Bilardi, & Temple-Smith, 2021). Estas alterações psíquicas ocorrem tanto no homem como na mulher (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Foi nesta base que esta sessão foi dinamizada.

No contexto escolar, no estágio de respostas diferenciadas, tive oportunidade de colaborar na aplicação do Programa “Mais Contigo”. O programa “Mais Contigo” é dirigido a adolescentes em meio escolar, com o objetivo de promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental e criar uma rede de atendimento de saúde mental (Santos, et al., 2021). A 1ª sessão do programa (Apêndice XXXV), corresponde a uma intervenção psicoeducativa, e foi dinamizada com um grupo de adolescentes a frequentar o 7º ano do ensino básico e cujo objetivo foi combater o estigma em saúde mental e refletir sobre as vivências na adolescência, através da partilha e expressão de sentimentos (Santos, et al., 2021). Posteriormente pude colaborar na dinamização da 2ª sessão do programa (Apêndice XXXVI), correspondente a uma intervenção psicoeducativa com componente psicossocial e socioterapêutica., com um grupo de adolescentes do 7º ano e 2 grupos de

adolescentes do 10º ano de escolaridade e cujo objetivo foi explorar o conceito de autoestima, fornecer estratégias promotoras de autoestima e assistir na expressão de sentimentos e fomentar a coesão de grupo. Com o grupo de pais de crianças entre os 3 e os 8 anos, colaborei na realização de duas sessões de intervenção psicoeducativa, do programa “Anos Incríveis”, as sessões 9 e 10 de um total de 14 sessões do programa, com o objetivo geral de promover a parentalidade positiva nestes pais (Apêndice XXXVII e Apêndice XXXVIII).

O programa “Anos Incríveis” é um programa que foi desenvolvido por Carolyn Webster-Stratton, em Seattle. Este é um programa de intervenção baseado em evidência, direcionado para pais, para educadores e para a criança, tendo como principais objetivos promover a competência social, emocional e académica das crianças, assim como prevenir e reduzir problemas de comportamento, de forma precoce e eficiente, utilizando uma abordagem colaborativa, centrada na promoção de práticas educativas positivas, com recurso a metodologias de intervenção, o modelamento por vídeo e a prática de estratégias nas sessões (*role-play*). A eficácia do programa “Anos Incríveis” tem sido amplamente demonstrada na prevenção e intervenção precoce em problemas de comportamento nas crianças de idade escolar, dos 3 aos 8 anos de idade (Universidade de Coimbra, 2018).

Com o grupo de crianças e adolescentes que aguardavam consulta no SPIA no dia 11 de dezembro, e com o aproximar do Natal, planeei e realizei uma intervenção psicoeducativa com o objetivo de promover a expressão emocional positiva de cada um dos participantes e a construção de uma árvore de Natal para decorar o SPIA (Apêndice XXXIV).

Durante a realização destas intervenções experienciei sentimentos de motivação, interesse e envolvimento profissional, associados à possibilidade de aplicar conhecimentos teóricos em intervenções estruturadas ao longo do ciclo de vida. Senti também um elevado sentido de responsabilidade, particularmente ao intervir com populações vulneráveis, como pessoas com doença mental grave, grávidas, crianças, adolescentes e famílias. Em alguns momentos, sobretudo na dinamização das primeiras sessões e na dinamização das sessões com adolescentes no contexto escolar, emergiram sentimentos de ansiedade e insegurança face à imprevisibilidade das dinâmicas grupais. Contudo, com o decorrer das sessões e o apoio das EESMP orientadoras, fui adquirindo maior confiança, reconhecendo a importância da flexibilidade terapêutica e da adaptação das intervenções à dinâmica do grupo. Como aspetos menos positivos, reconheço que a limitação temporal dos estágios e a natureza pontual de algumas intervenções não permitiram um acompanhamento longitudinal dos grupos, nem a avaliação objetiva dos ganhos em saúde mental a médio e longo prazo.

Globalmente, as intervenções realizadas foram bem-sucedidas, tendo os objetivos definidos sido, na sua maioria, alcançados. O *feedback* positivo recebido e o envolvimento ativo dos participantes nas sessões evidenciaram a pertinência e adequação das intervenções realizadas.

A implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais em diferentes fases do ciclo de vida permitiu-me compreender a complexidade da prática avançada do EESMP, caracterizada pela necessidade de integrar múltiplas abordagens terapêuticas baseadas na evidência, centradas na pessoa e orientadas para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental de forma a ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Do ponto de vista das aprendizagens, estas experiências permitiram-me desenvolver competências fundamentais enquanto futura EESMP, nomeadamente a capacidade de adaptar intervenções às características individuais, ao ciclo de vida e ao contexto sociocultural da pessoa, família e/ou grupo. Aprendi que a eficácia das intervenções não depende exclusivamente da sua estrutura teórica, mas da forma como são operacionalizadas, da qualidade da relação terapêutica estabelecida e da capacidade de promover o envolvimento ativo dos participantes. Desenvolvi ainda competências ao nível da gestão de grupos, da

flexibilidade terapêutica e da tomada de decisão em contexto clínico, reconhecendo a importância da avaliação contínua e da reformulação das estratégias de intervenção.

De acordo com a literatura, os enfermeiros podem liderar vários tipos de grupos terapêuticos, como de educação, de treino, de apoio, entre outros, contudo para que este os lidere de forma eficaz, os enfermeiros necessitam de ser capazes de reconhecer os vários processos que ocorrem nos grupos, como as fases de desenvolvimento do grupo (fase inicial ou de orientação, fase média ou de trabalho e fase final ou de término), os vários papéis que as pessoas desempenham nas situações de grupo e a motivação por detrás do comportamento, de forma a serem capazes de adaptar o estilo de liderança para o tipo de grupo que se lhes apresenta (Townsend, 2011).

A relação terapêutica também se revelou um instrumento central no processo de cuidados. A relação interpessoal terapêutica é o meio através do qual o processo de enfermagem é implementado, pois é através desta que os problemas são identificados e é procurada a sua resolução. Esta é uma relação na qual ambos os participantes devem reconhecer o outro como seres humanos únicos e importantes, pois é também uma relação na qual ocorre aprendizagem mútua (Townsend, 2011).

Considero que a competência de prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais foi desenvolvida de forma consistente ao longo dos vários estágios, evidenciada pela planificação, implementação e avaliação de intervenções estruturadas em múltiplos contextos e populações, devidamente documentadas nos apêndices deste relatório.

No futuro, pretendo aprofundar competências na planificação, implementação e avaliação de intervenções grupais e familiares em saúde mental, utilizando instrumentos padronizados de avaliação de resultados e reforçando a prática baseada na evidência.

Parte III

A parte III deste relatório final integra o projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem intitulado promoção da parentalidade positiva em casais grávidos, que foi realizado após parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde no qual foi implementado.

1. Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Promoção da Parentalidade Positiva em Casais Grávidos

Os projetos de melhoria contínua constituem uma forma de dar resposta, através da implementação de indicadores de cuidados que traduzem a mensurabilidade quantitativa ou qualitativa, dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou um documento sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) que é sustentada por 6 enunciados descritivos que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem que dão suporte e regulam a prática profissional do Enfermeiro. Estes enunciados permitem assim a obtenção de indicadores de qualidade que conferem visibilidade às competências do enfermeiro na prestação de cuidados, o que é instrumento extremamente útil para os enfermeiros e para as instituições de saúde por contribuir para o aperfeiçoamento e a excelência da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

De acordo com o ponto 1 do Artigo 4º, do Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril que define o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a profissão de enfermagem é caracterizada como sendo a área no âmbito da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem quer à pessoa sã, quer à pessoa doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ela se insere de modo a manter, melhorar e recuperar a sua saúde.

Florence Nightingale, em 1855, já considerava o conceito de qualidade como um fator fulcral na prestação de cuidados com excelência o que alicerça todos os esforços no sentido da promoção da excelência nos cuidados de enfermagem. Deste modo compreende-se que para alcançar o máximo de qualidade o quanto possível exige uma reflexão sobre a prática, no qual são delineados objetivos e estratégias (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Face a isto, dado que exerço funções como enfermeira de cuidados gerais na Unidade de Cuidados na Comunidade Almourol, em Vila Nova da Barquinha, onde neste momento não temos nenhum enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no quadro de pessoal, faz sentido efetuar um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito e que se possa aplicar neste contexto.

1.1. Identificar e Descrever o Problema

O problema identificado por mim na comunidade alvo de cuidados de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade de Almourol é a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, nos casais grávidos, com vista para uma parentalidade positiva. Portanto a população são os casais grávidos, o conceito as intervenções de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, no contexto da gravidez.

Tornar-se pai ou mãe origina um período mudança e instabilidade para homem e mulher que decidem ter filhos. Independentemente de a parentalidade ser biológica ou adotiva, de serem casais de marido e mulher, casais que coabitam, mães solteiras, famílias monoparentais, lésbicas em que uma das mulheres é a mãe biológica, ou casais homossexuais masculinos que adotam uma criança, exige sempre adaptação. Portanto, a

parentalidade pode definir-se como um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e que termina quando o pai/mãe desenvolve um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Em geral, em todas as sociedades existe a expectativa que todos os adultos se tornem pais e que se sintam gratificados pela experiência. As pressões dos sentimentos tradicionais em relação ao estado parentalidade e as crenças religiosas influenciam a tomada de decisão pois as expectativas de conformidade no papel social têm uma influência importante no planeamento da família. Portanto, os fatores que influenciam a dimensão da família são a classe social, raça, religião, estabilidade financeira, tipo de relação e papel conjugal, e os aspetos sociais e psicológicos das relações. (Wilson & Hockenberry, 2014)

A parentalidade tem como objetivo a promoção da sobrevivência física e saúde da criança, até que esta desenvolva as capacidades necessárias para se tornar num adulto independente, com capacidades comportamentais para otimizar os valores culturais e as crenças. Contudo, é frequente os novos pais abordarem a parentalidade com conhecimentos e experiência limitada. Os pais aprendem por tentativa e erro, vindo a cometer os mesmos erros que foram cometidos por inúmeros pais, mas de alguma forma eles cumprem a tarefa tornando-se cada vez mais competentes a cada filho que nasce. (Wilson & Hockenberry, 2014)

A parentalidade positiva é definida como um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, com o objetivo de satisfazer as necessidades e a capacitação da criança, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, estabelecendo limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento. (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2006)

Por outro lado, a transição para a parentalidade é um período de alto risco para a saúde mental pois exige uma adaptação psicológica significativa para integrar o papel parental, constituindo, portanto, uma oportunidade única para intervenção, pois é um período com grande impacto no desenvolvimento da criança e da relação de vinculação emergente entre pais e filhos. (Bellhouse, Newman, Bilardi, & Temple-Smith, 2021), tendo em conta, que estas alterações psíquicas ocorrem tanto no homem como na mulher. Neste período, o bem-estar psicológico da grávida é decisivo, pelo que o seu estado emocional deve ser vigiado, mobilizando o envolvimento do pai do bebé e de outros familiares próximos. Verifica-se que muitos dos problemas de saúde mental das grávidas ou puérperas, não são identificados por falta de vigilância ou por terem um acompanhamento inadequado, levando a diagnósticos tardios, e consequentemente a tratamentos também eles tardios, com impacto negativo nas mulheres, nas crianças e nas suas famílias, interferindo gravemente com a adaptação à maternidade e ao cuidado do recém-nascido. (Conselho Nacional de Saúde, 2019)

A promoção da saúde mental no período da gravidez e no pós-parto é fulcral para o bem-estar dos pais e para o desenvolvimento saudável da criança, pois sabe-se que os problemas de saúde mental das mães têm um impacto negativo nelas, na família e no desenvolvimento físico, cognitivo, social, comportamental e emocional das crianças, aumentando o risco de dificuldades comportamentais, emocionais, sociais e até de aprendizagem dos filhos (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

O desenvolvimento de um PMCQCE, segundo a OE deve constituir uma ferramenta de melhoria contínua. Como tal foi elaborado pela OE um guião para a organização de projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem, que pretende ser uma orientação de proposta genérica para a organização de projetos, sugerindo como esquema de base o ciclo de Deming adaptado para 8 etapas. (Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Sabemos que a pessoa ao longo do seu ciclo de vida é confrontada com inúmeros desafios, cujo sucesso na sua resolução, reside na sua capacidade de adaptação a essas mesmas situações. Desta forma, no nosso quotidiano encontramos pessoas que enfrentam problemas de saúde e percursos de vida que poderiam ser

incapacitantes, mas que desenvolvem processos adaptativos eficazes, enquanto outras pessoas não conseguem desenvolver e adaptar-se a estes processos. A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é uma área especializada dentro da profissão de enfermagem, que acresce e aprofunda conhecimentos da enfermagem de cuidados gerais, sustentada em evidência científica, e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, perseguindo os mais elevados padrões de qualidade no cuidar. (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2011) Face a esta necessidade a Ordem dos Enfermeiros, em 2011, criou o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, onde foram realizados o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos da enfermagem de saúde mental. Pela análise deste documento percebo que este projeto de melhoria continua dos cuidados de enfermagem, que pretendo realizar, inclui-se nos pressupostos definidos no mesmo, pois tem em conta a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação às situações de vida e a organização dos cuidados de enfermagem especializados.

Outro ponto a analisar é se este projeto de melhoria continua da qualidade, é foco da taxonomia CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A CIPE foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros, 2016). Após a análise deste documento verifico que existem vários focos da taxonomia CIPE enquadrados neste PMCQCE, como por exemplo o foco emoção, gravidez, identidade pessoal, ligação mãe/pai-filho, parentalidade e o stress.

Perante a necessidade de extração e a comparabilidade dos dados foi elaborado um documento pela Ordem dos Enfermeiros onde existe um *core* de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A construção de um *core* de indicadores permite não só um maior enfoque nos cuidados especializados, mas sobretudo na avaliação dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada assim como permite concorrer para a melhoria na prestação de cuidados (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2023). Um outro ponto a analisar é se este projeto faz parte do *core* de focos do resumo mínimo de dados da área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Após a análise deste documento, concluo que este projeto de melhoria continua poderá ser avaliado com base nos seguintes indicadores:

Tabela 1 - Indicadores de estrutura, processo e resultado.

Indicadores de Estrutura	Metas
Percentagem de sessões de intervenção psicoeducativa realizadas face ao número de sessões planeadas no período do projeto.	Realizar 100% das sessões planeadas.
Percentagem de casais grávidos inscritos no Projeto de Preparação para a Parentalidade da UCC Almourol que participam em pelo menos uma sessão de psicoeducação em saúde mental.	Garantir a participação de pelo menos 60% dos casais grávidos elegíveis.
Indicadores de Processo	Metas
Percentagem de casais grávidos que completam o programa integral (as 3 sessões de intervenção psicoeducativa), face ao total de casais que iniciaram a intervenção.	Pelo menos 70% dos casais que iniciam a intervenção completam as três sessões.
Percentagem de casais grávidos avaliados com instrumentos validados de vinculação e parentalidade positiva no período pré-natal e no período pós-natal.	Avaliar 100% dos casais que completam o programa nos dois momentos.
Indicadores de Resultado	Metas
Percentagem de casais grávidos que apresentam pontuação igual ou superior a 30 pontos na Escala de Parentalidade Positiva no período pós-natal.	Pelo menos 50% dos casais participantes atingem o score de ≥ 30 pontos na escala da parentalidade positiva.
Percentagem de mães que apresentam aumento igual ou superior a 5 pontos na Escala de Vinculação Materna do período pré-natal para o pós-natal.	Pelo menos 50% das mães participantes apresentam melhoria ≥ 5 pontos.
Percentagem de pais que apresentam aumento igual ou superior a 5 pontos na Escala de Vinculação Paterna do período pré-natal para o pós-natal.	Pelo menos 50% dos pais participantes apresentam melhoria ≥ 5 pontos.

1.2. Perceber o Problema

Para perceber o problema foi necessário realizar uma vasta revisão bibliográfica para conhecer as causas mais comuns e quais as intervenções com evidencia científica de sucesso. Para tal foi efetuada pesquisa usando palavras *mesh* em bases de dados e repositórios. As palavras *mesh* usadas foram: *mental health*, *parent**, *family relations*, *psychosocial intervention*, *psychiatric nursing* e *pregnant women*.

As bases de dados usadas para a pesquisa foram a PubMed, a Scopus, fontes de estudos não publicados/literatura cinzenta, incluindo RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Numa fase posterior do estudo foi feita uma análise das referências dos estudos selecionados para identificar estudos adicionais relevantes.

A família é considerada importante na promoção de um desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional adequado da criança. O comportamento parental positivo está associado a um melhor desenvolvimento socioemocional das crianças, pois quanto maior o envolvimento familiar, o afeto e reconhecimento, a comunicação, o controlo do stress e a partilha de atividade, melhores serão as capacidades socioemocionais das crianças; por outro lado, um maior desenvolvimento emocional das crianças traduz-se num comportamento parental mais positivo. Os pais são figuras primordiais quando prestam apoio na regulação emocional das crianças (Martins, et al., 2022).

Os pais devem assegurar a promoção e a educação dos filhos com o objetivo de potenciar o seu desenvolvimento global, pelo que, um exercício positivo da parentalidade poderá responder de forma mais eficaz às necessidades de desenvolvimento da criança. (Martins, et al., 2022)

A parentalidade pode ser definida como um conjunto de atividades intencionais, destinadas a garantir o desenvolvimento e a sobrevivência da criança, com um carácter positivo e estimulante, sendo considerada uma das preocupações mais básicas e universais da sociedade (Hoghughi, 2004).

A parentalidade positiva é um comportamento familiar que respeita o princípio do melhor interesse da criança e de seus direitos, mas que também considera as necessidades e recursos dos pais. Portanto, pais que seguem esse princípio, buscam o bem-estar do seu filho, promovendo a autonomia, guiando e reconhecendo a criança como uma pessoa. Esta não é uma parentalidade permissiva, pois estabelece os limites que a criança necessita visando ajudá-la a desenvolver-se plenamente, respeitando os seus direitos e privilegiando uma educação não violenta. (Gueguen, 2024)

O conceito de parentalidade positiva baseia-se nos seguintes princípios fundamentais: uma educação afetiva que atenda às necessidades de amor, afeto e segurança da criança; uma estrutura e orientações que possam dar à criança um sentimento de segurança, por meio de regras básicas da vida e estabelecendo os limites necessários; um reconhecimento por meio da escuta e valorização enquanto pessoa; uma autonomia que permite à criança desenvolver uma boa autoestima, e por fim uma educação não violenta sem castigos físicos ou psicológicos. Em suma, as crianças crescem saudáveis quando os seus pais demonstram amor e incentivo, passam tempo de qualidade juntos, tentam compreender as suas experiências de vida e comportamentos, estabelecem regras que são para respeitar e elogiam o bom comportamento. (Gueguen, 2024)

Estas exigências parentais requerem, muitas vezes, apoio e recursos que não estão ao alcance dos pais. A articulação entre os apoios e os recursos é que vai criar um contexto mais propício à adoção de comportamentos parentais positivos e que vão de encontro ao superior interesse da criança. É desta forma, que as condições inerentes à parentalidade positiva darão as ferramentas necessárias para que os pais consigam articular a responsabilidade com sentimentos de satisfação enquanto desempenham a sua tarefa parental e, simultaneamente assegurar uma resposta às necessidades de desenvolvimento da criança. (Martins S. P., 2019)

Ao contrário do planeamento racional é a tradição que prevalece na orientação para a educação das crianças. Na experiência de ter sido bem-educado enquanto criança é uma componente essencial para uma parentalidade eficaz. Os seus próprios pais são provavelmente as pessoas que puderam observar de forma mais íntima no desempenho do seu papel parental. Este facto resulta numa continuidade geracional, isto é, os pais educam os seus filhos baseados no modelo em que eles próprios foram educados. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Outras capacidades necessárias para que os pais se sintam confortáveis no papel parental inclui em uma compreensão básica do crescimento e desenvolvimento da criança, a higiene, o uso de jogo/brincadeira e as competências para a comunicação interpessoal. As primeiras semanas de vida da criança exigem que os pais façam ajustamentos drásticos, embora a maioria dos autores não a descreva como uma crise. A crise pode ocorrer se o evento for percebido como perturbador de hábitos antigos e relações, exigindo novas respostas. O nascimento de uma criança requer mudanças no desempenho dos papéis e significativas mudanças nas relações. Para além do papel de marido e mulher, o casal tem de assumir os papéis de mãe e pai. A chegada de um novo membro da família requer maiores responsabilidades financeiras, uma possível perda de poder económico, mudanças nos hábitos de sono, e menos tempo para os pais passarem um com o outro (principalmente se for um primeiro filho) e com outras crianças. Se estes acontecimentos são percebidos como aversivos, podem causar uma disrupção no vínculo do casal e reduzir a intimidade e a afetividade. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Nenhuma preparação é suficientemente completa para os pais conseguirem responder às necessidades constantes e imediatas da criança, contudo as primeiras interações pais-bebê são fundamentais no processo de vinculação. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Inicialmente a vinculação foi definida como um fenômeno que ocorre nos primeiros minutos e horas após o nascimento do bebê, pelo que é um período sensível, logo em que os pais devem ter contato próximo com os seus bebês para um ótimo desenvolvimento da mesma (Klaus & Kennell, Maternal-infant bonding, 1976). Anos mais tarde, esta teoria foi revista e reconhecida a adaptabilidade dos pais humanos, afirmando que são necessários mais que minutos ou horas para que construa uma relação emocional com os seus filhos (Klaus & Kennell, 1982).

O processo de vinculação desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interação dos pais com o bebê. Os pais familiarizam-se com o filho, identificam-no como um indivíduo e reconhecem-no como um membro da família. Este processo é facilitado pelo reforço positivo (pelas reações sociais, verbais e não-verbais, reais ou depreendidas que indicam a aceitação de um parceiro pelo outro) e acontece através de uma experiência satisfatória mútua. O conceito de vinculação tem vindo a ser alargado para incluir a mutualidade, ou seja, os comportamentos e características do bebê que determinam um conjunto recíproco de comportamentos e características parentais. Este processo acontece mais rapidamente com o bebê cujo temperamento, competências sociais, aparência e sexo vai de encontro às expectativas dos pais, isto é, se este não atingir estas expectativas, a resolução do desapontamento dos pais pode atrasar o processo de vinculação. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Uma parte importante da vinculação consiste no conhecimento dos pais, no qual usam o contato visual, o toque, fala e a exploração atenta para conhecer o filho, durante o pós-parto imediato. Os pais adotivos passam pelo mesmo processo neste primeiro contato com o seu novo filho. As intervenções de enfermagem relativas à promoção da vinculação pais-filho são numerosas e variadas. Os enfermeiros pela sua posição privilegiada no cuidado podem desenvolver contactos positivos pais-filho, aumentando-lhes a consciência relativamente às reações e capacidades de comunicação do bebê, e à medida que os pais procuram ser competentes e carinhosos no seu papel, os enfermeiros podem fortalecer-lhes o ego e autoconfiança. Os enfermeiros pela sua posição privilegiada, pode identificar problemas reais, potenciais e colaborar com os outros profissionais de saúde no acompanhamento dos pais após a alta hospitalar. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Outros fatores parentais que afetam a transição para a parentalidade são a idade, a qualidade da relação parental, a experiência prévia no cuidado a crianças, o sistema de suporte e os efeitos do stress no comportamento parental. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Relativamente à idade, na perspetiva da psicologia da saúde, a idade fértil mais adequada encontra-se entre os 18 e os 35 anos. Neste período considera-se que os pais se encontram com uma ótima saúde, com uma longevidade que permite o tempo suficiente e o vigor para criar uma família. Contudo verifica-se que a idade com que os pais iniciam as suas famílias têm vindo a aumentar ao longo das últimas décadas. (Wilson & Hockenberry, 2014)

O envolvimento do pai é outro fator que afeta a transição para a parentalidade. As práticas atuais encorajam uma interação precoce pai-bebê e indicam que estes ficam tão fascinados com os recém-nascidos como as mães, até mesmo aqueles que no início não se envolvem muito, acabam por o fazer ao fim de alguns meses, apesar do tipo de interação ser diferente daquela que a mãe estabelece. Contudo, os pais são mais do que meros companheiros de brincadeira, sendo frequentemente um recurso eficaz para acalmar a criança em *stress* e muitas vezes uma vinculação segura com o pai compensa as consequências de uma vinculação insegura com a mãe. Por outro lado, os pais que se preparam para ser pais pela primeira vez experienciam menos *stress* no ajustamento ao novo papel de pais, pelo que os enfermeiros podem oferecer sugestões, aconselhar os pais

a serem ouvintes ativos, acompanhar os filhos e promover a comunicação entre todos os membros da família. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Outros fatores que influenciam a transição para a parentalidade incluem: os pais com experiência prévia parecem mais relaxados, têm menos conflitos nas relações e estão mais conscientes do crescimento e desenvolvimento das crianças; a quantidade de stress experimentado por um ou por ambos os pais podem interferir na sua capacidade de ser paciente, compreensivo e de lidar com o comportamento da criança. Contudo, as características especiais da criança, tais como um temperamento difícil, podem causar uma perda de confiança e a dúvida das suas capacidades parentais, sendo que as crianças com necessidades especiais podem significar uma fonte de *stress* adicional para os pais. Da mesma forma, as relações maritais geradoras de *stress* podem ter um efeito negativo na transição para a parentalidade porque a tensão marital pode alterar as rotinas de cuidados e interferir com a felicidade da criança, contrariamente, o suporte parental e encorajamento mútuo tem uma influência positiva na satisfação com o papel parental. (Wilson & Hockenberry, 2014)

A adaptação eficaz na transição para a parentalidade envolve recursos internos, como a adaptabilidade à nova fase, a integração (na tentativa de manter atividades em que o casal estava previamente envolvido) e as estratégias de *coping* de cada um. O suporte interpessoal, proveniente de familiares, amigos, colegas de trabalho e vizinhos, quer no cuidado à criança quer no tempo gasto pelos pais com amigos e longe da criança, quer no conhecimento da experiência dos outros pais contribui de forma positiva para a parentalidade. (Wilson & Hockenberry, 2014)

Os primeiros meses após o parto podem ser muito difíceis para os pais, levando por vezes a sintomas elevados de stress parental, depressão e ansiedade. Desta forma, pais angustiados correm maior risco de prestar cuidados de qualidade inferior ao ideal. (Missler, Straten, Denissen, Donker, & Beijers, 2020)

Existe uma elevada prevalência de sintomas de angústia parental no pós-parto, tanto materna como paterna. Dado a associação entre sintomatologia parental e qualidade da parentalidade e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança, demonstra-nos a necessidade de intervenções preventivas que sejam aplicáveis a todos os futuros pais, tanto mães como pais, independentemente dos fatores de risco ou sintomatologia pré-existent. (Missler, Straten, Denissen, Donker, & Beijers, 2020)

A ansiedade perinatal tem importantes conseqüências na capacidade da mãe para cuidar de si mesma e do seu recém-nascido, pondo em risco o vínculo mãe-filho e podendo resultar na perda de recursos financeiros, no abuso de substâncias, no atraso no desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança, e também, no suicídio e/ou infanticídio (Caiano, 2020).

A evidência científica existente sugere que existe uma elevada correlação entre as perturbações de comportamento das crianças e perturbações mentais nos pais, *distress* psicológico na mãe, nível baixo de saúde mental da mãe, crenças irracionais da mãe, *stress* parental, baixo nível de interação entre a criança e os pais, depressão causada por problemas económicos, pressão social e cultural, e estilos de parentalidade. Portanto, as intervenções que visam o apoio e o desenvolvimento de capacidades parentais podem desta forma desempenhar um papel crucial na prevenção de problemas de saúde mental em crianças. (Conselho Nacional de Saúde, 2019)

Neste sentido, possuir uma consciência precisa das exigências inerentes à parentalidade deixa ressaltar as necessidades que os pais têm de ser apoiados e ajudados na aquisição e desenvolvimento de competências parentais positivas de forma a garantir que pais e mães desempenhem o seu papel parental sem elevados níveis de stress ou ansiedade, sem angústias e com o menor número possível de inquietações. Portanto, pais informados e conscientes irão contribuir para ambientes familiares mais harmoniosos e seguros. (Martins S. P., 2019)

Apesar de existir um apelo à reforma da como os cuidados de saúde mental são prestados, estima-se que entre 15% e 25% das mulheres têm um problema de saúde mental durante o período perinatal e que as mulheres com problemas de saúde mental perinatal muitas vezes

não recebem os cuidados de que necessitam. (Coates & Foureur, 2019)

Sabe-se que especificamente a depressão pós-parto das novas mães pode ter efeitos a longo prazo tanto na mãe como no bebé, mas existem poucas provas de que os pais também podem sofrer de depressão pós-parto e/ou outros problemas de adaptação psicológica após o nascimento dos filhos, pois poucos estudos existem sobre questões de saúde mental no pós-parto que incluam os homens. (Park, Kim, Oh, & Ahn, 2020)

Verifica-se que a psicoeducação tem um efeito positivo significativo na redução de problemas de relacionamento do casal apenas nos pais, não se registando melhorias significativas na relação de casal para as mães. Por outro lado, a psicoeducação tem um efeito significativo e semelhante na melhoria da satisfação da relação tanto nas mães como nos pais. Já em relação à comunicação do casal, as intervenções psicoeducativas têm um impacto pequeno quer nas mães quer nos pais. (Park, Kim, Oh, & Ahn, 2020)

Em relação à saúde mental dos casais, verifica-se que a saúde mental das mães melhora significativamente com a intervenção, enquanto, que a dos pais também melhora, embora ligeiramente menos do que a das mães, pelo que se concluiu que a psicoeducação é válida para a melhoria da saúde mental dos pais, logo a participação dos homens em intervenções psicoeducativas deve ser incentivada em conjunto com as mulheres. (Park, Kim, Oh, & Ahn, 2020)

Relativamente, aos efeitos da psicoeducação, na depressão este estudo demonstrou que a intervenção tem efeitos positivos e semelhantes tanto nas mães como nos pais. Já em relação à ansiedade, a intervenção psicoeducativa tem um impacto claramente maior na ansiedade dos pais do que na das mães. Em relação ao afeto negativo, o efeito da psicoeducação no nível de afeto negativo dos casais foi considerado positivo. (Park, Kim, Oh, & Ahn, 2020)

O aconselhamento é eficaz na redução do stress, da ansiedade e da depressão perinatal. A presença do pai, também tem muita importância na saúde mental da grávida e do bebé, pelo que essa base de evidências permite estruturar um programa de aconselhamento de enfermagem perinatal, usando diferentes terapias como o relaxamento e a atenção plena, resultando numa boa eficácia na resolução de problemas, no processo de tomada de decisão, no enfrentamento de crises pessoais, promoção do autoconhecimento e autonomia pessoal. (Alves, Costa, Ribeiro, Néné, & Sequeira, 2023)

Atualmente, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Almourol, local onde exerço funções como enfermeira de cuidados gerais, tem em andamento um projeto de preparação para a parentalidade ministrado por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica a grupos de grávidas, com início às 28 a 32 semanas de gravidez; e um projeto de recuperação pós-parto com início após o parto que é ministrado pela enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, em conjunto com uma enfermeira especialista em reabilitação. Em ambas as fases há também intervenção de uma enfermeira especialista em saúde comunitária e conselheira de aleitamento materno. Face ao enquadramento teórico efetuado anteriormente, parece-me importante também a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica com vista a uma parentalidade positiva de forma a conseguir-se ganhos significativos em saúde nos pais e nos bebés.

1.3. Objetivos Iniciais

Com a elaboração deste projeto pretendo promover a adoção de uma parentalidade positiva por parte dos pais e avaliar a vinculação. Para isto é necessário formular objetivos, que passo a enumerar:

- Promover a parentalidade positiva nos casais grávidos, que fazem a preparação para o parto, na UCC Almourol.
- Avaliar o nível de vinculação materna e paterna no período pré-natal e pós-parto, nos casais grávidos, que fazem a preparação para o parto, na UCC Almourol;
- Avaliar os níveis de parentalidade positiva no período pós-parto, nos casais que fizeram a preparação para o parto, na UCC Almourol;
- Melhorar os níveis de vinculação materna e paterna nos casais grávidos que fazem a preparação para o parto, UCC Almourol, através de intervenção psicoterapêutica;
- Melhorar os níveis de saúde mental nos casais grávidos;
- Propor um protocolo de uma intervenção psicoterapêutica nos casais grávidos que realizam a preparação para o parto na UCC Almourol.

1.4. Perceber as Causas

Para perceber as causas realizei o método de brainstorming com os colegas e a espinha de Ishikawa para perceber o problema.

Relativamente ao método de brainstorming as necessidades identificadas junto das grávidas pelos enfermeiros são a dificuldade na gestão de emoções como o stress, a ansiedade, a insegurança, o medo, a solidão, a oscilação de sentimentos de felicidade e tristeza, o não saber se se está preparado para ser mãe/pai e se se vai conseguir adaptar a essa nova condição, o lidar com a opinião dos outros mesmo quando não solicitada, no caso das mães o lidar com a alteração da imagem corporal, o medo de perder o bebé ou de este nascer com alguma malformação ou até que aconteça algo de mal com a mulher durante o parto, a incerteza de ter um acompanhamento adequado e com um profissional competente. Relativamente, ao pós-parto verifica-se que os receios dos casais incidem essencialmente no receio de se têm ou não competências parentais para cuidar do bebé o melhor possível, a incerteza de ter ou não vaga em creche para o bebé, quando tiverem de retomar ao trabalho e, por fim, se o bebé real corresponde ao imaginário.

Em relação á espinha de Ishikawa identifiquei as seguintes causas do problema:

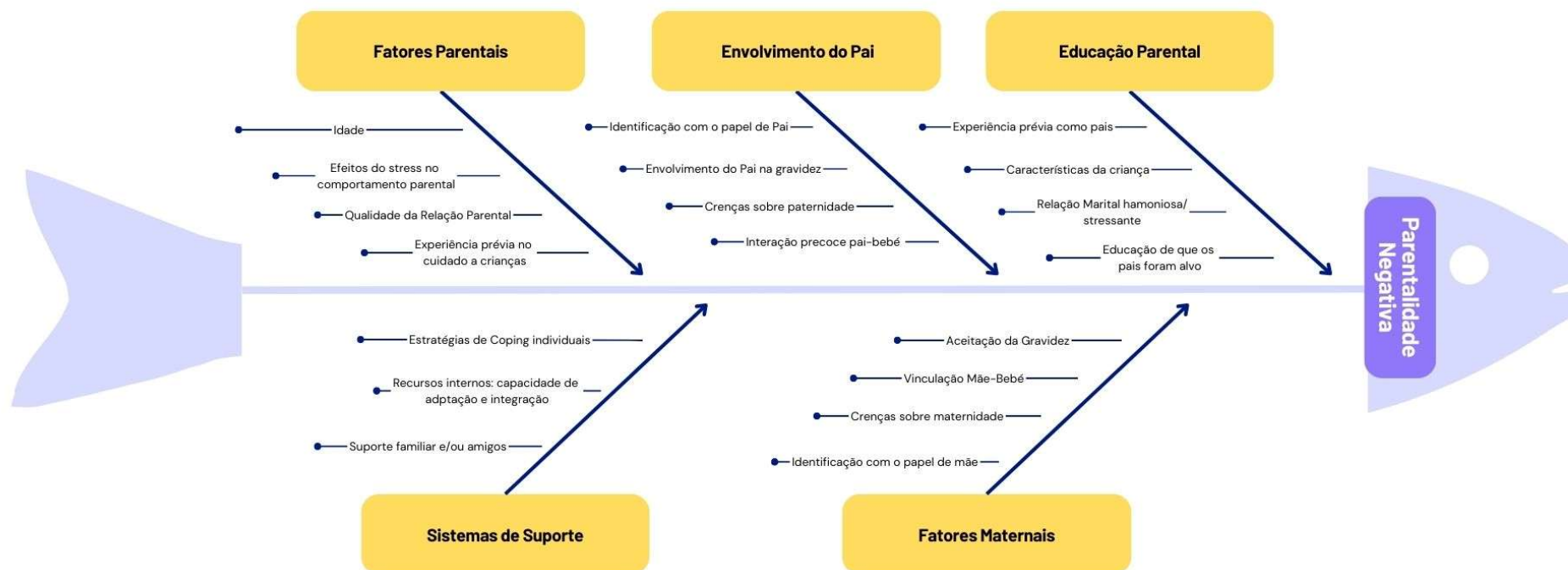


Figura 1 - Espinha de Ishikawa.

Após perceber as causas do problema segui para a preparação do estudo seguindo a *check list* de Heather Palmer, onde avaliei os seguintes itens:

- **Dimensão Estudada**

Adequação técnico científica - Capacidade de recorrer a conhecimentos com características técnicas capazes de favorecerem/otimizarem os cuidados prestados. Relaciona-se com a Investigação/estudo com visa à produção e divulgação de saberes técnico-científicos.

- **Unidades de Estudo**

Utilizadores: Casais grávidos

Período avaliado: de setembro 2025 a janeiro 2026

- **Tipo de Dados**

Estrutura, Processo e Resultado

- **Fonte dos Dados**

No sentido de avaliar as variáveis descritas acima, irá ser aplicado um questionário de autopreenchimento, em papel, constituído por questões sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, se é a primeira gravidez, se é uma gravidez planeada, se tem antecedentes de doença mental, se tem apoio familiar, situação profissional, relação do casal, amamentação e como vê a experiência do parto) e vários instrumentos de avaliação. As escalas aplicadas estão todas traduzidas e validadas para a população e cultura portuguesa. Serão aplicados pela colaboradora e nomeiam-se:

- Inventário de Saúde Mental (MHI-5) versão reduzida, que resulta do MHI de 38 itens, de Veit e Ware, 1983, traduzido e validado culturalmente para a população portuguesa por Pais Ribeiro, em 2011, e tem como objetivo avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar na população em geral e não apenas nas pessoas com doença mental. Esta escala é constituída por 5 itens, com 4 dimensões: ansiedade, depressão, perda de controlo emocional/comportamental e bem-estar psicológico. A resposta a cada questão pode ser respondida numa escala ordinal tipo *likert* de 6 pontos, sempre (pontuação 6), quase sempre/com muita frequência (pontuação 5), a maior parte do tempo/frequentemente (pontuação 4), durante algum tempo/com pouca frequência (pontuação 3), quase nunca (pontuação 2) e nunca (pontuação 1). Quanto mais elevada a pontuação melhor saúde mental tem o inquirido (Pais Ribeiro, 2011).

- Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (Condon, 1993; adaptação portuguesa de Camarneiro & Justo, 2007) e a versão paterna da Escala de Vinculação Pré-Natal Paterna (Condon, 1993; adaptação portuguesa de Camarneiro & Justo, 2007). Ambas as escalas têm por objetivo avaliar a vinculação materna e paterna, com foco em particular nas atitudes, sentimentos e pensamentos dirigidos ao bebé em desenvolvimento. A escala de vinculação pré-natal materna é constituída por 19 questões e a escala de vinculação pré-natal paterna é constituída por 16 questões. Ambas incluem duas dimensões: a qualidade da vinculação que se refere à qualidade das experiências afetivas, nomeadamente sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interação, tensão perante a fantasia de perda do bebé e conceptualização do feto como uma “pessoa pequena”, e o tempo despendido no modo de vinculação ou intensidade da preocupação com o feto, isto é, em que medida o feto ocupa um lugar central na vida emocional dos pais, assim como a quantidade de tempo a pensar, falar, sonhar ou apalpar o feto, e a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências. Em ambas as subescalas, cada questão pode ser respondida numa escala ordinal tipo *likert* de 5 pontos de intensidade crescente entre 1 (baixa vinculação) e 5 (alta vinculação), havendo necessidade de inversão em alguns itens. As pontuações mais altas indicam um nível de vinculação mais positiva (Camarneiro & Justo, 2010).

- Escala de Vinculação pós-parto – Versão Materna (Cordon, & Corkindale, 1998; validação portuguesa de Pires, Nunes, Brites, Hipólito & Vasconcelos, 2014) e a versão paterna da Escala de Vinculação Pós-parto Paterna (Cordon, & Corkindale, 2008; validação portuguesa de Pires, Nunes, Brites, Hipólito & Vasconcelos, 2014). A escala de vinculação materna pós-parto é constituída por 14 questões e a escala de vinculação paterna pós-parto é constituída por 16 questões. A escala de vinculação pós-natal materna avalia duas dimensões: a qualidade da vinculação, que é revelada através do prazer na proximidade com a criança e no prazer na interação com ela, e os sentimentos da maternidade, e os sentimentos da maternidade, que se refere ao impacto que a criança tem no estilo de vida da mãe. A escala de vinculação pós-natal paterna avalia as dimensões da qualidade da vinculação e a paciência e tolerância para com a criança. Também em ambas as escalas é utilizadas uma escala ordinal tipo *likert* de 5 pontos, com os itens a ser pontuados entre 1 (baixa vinculação) e 5 (alta vinculação) (Pires M., et al., 2014) e (Pires M. , et al., 2014).

- Escala de Parentalidade Positiva, traduzida e validada para a população portuguesa por Almeida & Martins, 2019. A escala de parentalidade positiva dá a conhecer em que medida os pais e mãe consciencializam os princípios inerentes ao conceito de parentalidade positiva. Esta é constituída por 18 itens e a sua cotação é realizada através de uma escala de *likert* de 5 pontos, em que 1 representa o “nunca” e o 5 “sempre”. Os itens que constituem esta escala são agrupados em 4 subescalas: envolvimento familiar, afeto e reconhecimento, comunicação e controlo do stress, e partilha de atividades. As pontuações mais altas indicam um nível de parentalidade mais positiva (Martins S. P., 2019).

- **Tipo de Avaliação**

Interna

- **Critérios de Avaliação**

Critérios explícitos, mensuráveis e baseados na evidência.

Critérios	Exclusões	Esclarecimentos
Na 1ª sessão o enfermeiro deve aplicar o questionário a cada um dos elementos dos casais grávidos.	- Menores de 18 anos - Casais não grávidos - Casais grávidos que não frequente o projeto de preparação para a parentalidade da UCC Almourol.	
Após o nascimento do bebé, e após a intervenção do enfermeiro, deverá aplicar-se novamente o questionário a cada um dos elementos dos casais grávidos.	- Menores de 18 anos - Casais não grávidos - Casais grávidos que não frequente o projeto de preparação para a parentalidade da UCC Almourol.	
Avaliar a vinculação materna e paterna antes e depois do parto, de forma a perceber	- Menores de 18 anos - Casais não grávidos - Casais grávidos que não frequente o	Intervenção do EESMP – sessões de psicoeducação sobre estratégias promotoras da vinculação materna e paterna, com 45 minutos de duração.

se houve melhoria após intervenção do EESMP.	projeto de preparação para a parentalidade da UCC Almourol.	
Avaliar o estilo de parentalidade após a intervenção do EESMP.	- Menores de 18 anos - Casais não grávidos - Casais grávidos que não frequente o projeto de preparação para a parentalidade da UCC Almourol.	Intervenção do EESMP – duas sessões de psicoeducação, com duração de 45 minutos cada: 1. Gestão de emoções parentais individualmente e como casal; 2. Associação entre comportamento parental positivo e melhor desenvolvimento socioemocional da criança e como ajudar a criança a controlar as suas emoções, pensamentos e ações de modo a poder adaptar-se de forma saudável ao ambiente social em que está inserida tornando-se numa pessoa confiante e capaz de enfrentar a vida.

Tabela 2 - Critérios de Avaliação e Exclusão.

- **Quem colhe os dados**

Enfermeira responsável pelo projeto

- **Relação Temporal**

Concorrente e prospetiva

- **Definição da População e seleção da amostra**

Base institucional

Amostra aleatória

Todos os casais grávidos que frequentam o Projeto de Preparação para a Parentalidade na UCC Almourol.

- **Medidas corretivas possíveis de ser usadas**

Medidas educacionais: divulgação no âmbito da formação em serviço e/ou eventos formativos na instituição.

1.5. Planear e Executar as Tarefas

Tendo em conta as considerações éticas e deontológicas inerentes a qualquer investigação em saúde, o presente projeto foi inicialmente submetido a apreciação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, em abril de 2025, e obteve parecer positivo da mesma a 09 de outubro de 2025. Posteriormente após a obtenção deste parecer positivo, e em articulação com a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica que ministra o curso de preparação para o parto na UCC Almourol, de forma a incluir estas sessões no referido curso de preparação para o parto, foram agendadas as sessões com os participantes entre os meses de novembro de 2025 e janeiro de 2026. No início da primeira sessão de intervenção psicoeducativa, foi aplicado um questionário autopreenchimento às mulheres grávidas e aos respetivos futuros pais dos bebés, com questões sociodemográficas e os instrumentos referidos anteriormente. A cada questionário foi atribuído um código de identificação personalizado e da escolha do casal para emparelhamento de dados e que não permitia a identificação do respondente.

Posteriormente foram realizadas 3 sessões de intervenção psicoeducativa, sobre estratégias promotoras da vinculação materna e paterna; gestão de emoções parentais individualmente e como casal; associação entre comportamento parental positivo e melhor desenvolvimento socioemocional da criança e como ajudar a criança a controlar as suas emoções, pensamentos e ações de modo a poder adaptar-se de forma saudável ao ambiente social em que está inserida tornando-se numa pessoa confiante e capaz de enfrentar a vida, acrescendo deste modo, 3 sessões ao referido curso, cada uma delas, com 45 minutos de duração (Apêndices XXXIX, XL e XLI).

De seguida, foi aplicado novamente o questionário às mulheres e aos respetivos pais, após o parto, com questões sociodemográficas e os instrumentos referidos anteriormente, numa das sessões do curso pós-parto, e autopreenchido nesse mesmo momento., durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2026.

Nos meses de março e abril, foi realizada a análise e tratamento dos dados recolhidos, propor medidas corretivas, reconhecido e partilhado o sucesso.

1.6. Verificar Resultados

1.6.1. Resultados Obtidos

A amostra do presente estudo é de natureza não probabilística, intencional, correspondendo aos casais grávidos que frequentaram o Projeto de Preparação para a Parentalidade na UCC Almourol e que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Foram incluídos no estudo 21 participantes, dos quais 13 eram mulheres e 8 eram homens, correspondendo a um total de 8 casais.

Para o tratamento dos dados recolhidos através dos questionários aplicados aos participantes, recorreu-se ao programa *IBM SPSS Statistics*. Na análise descritiva foram utilizadas as medidas estatísticas frequência absoluta (n), frequência relativa (%), média (M), mediana (Md), desvio-padrão (DP), moda (Mo), valor mínimo (Min) e valor máximo (Max).

Relativamente à idade, verificou-se que, nas mães, a média de idades foi de 33,85 anos, com mediana de 36 anos, desvio-padrão de 4,71 e moda de 38 anos, variando entre um mínimo de 22 e um máximo de 38 anos. Nos pais, a média de idades foi de 35,13 anos, com mediana de 33 anos, desvio-padrão de 7,68 e moda de 33 anos, oscilando entre os 23 e os 49 anos (tabela 3).

No que respeita à escolaridade, constatou-se que, entre as mães, 30,8% possuíam o 12.º ano de escolaridade, 38,5% eram licenciadas e 30,8% tinham grau de mestre. Entre os pais, 50,0% possuíam o 12.º ano de escolaridade e os restantes 50,0% eram licenciados (tabela 3).

Relativamente ao estado civil, verificou-se que 15,4% das mães eram solteiras e 84,6% viviam em união de facto ou eram casadas. No grupo dos pais, 12,5% eram solteiros e 87,5% viviam em união de facto ou eram casados (tabela 3).

Quanto à parentalidade prévia, observou-se que uma mãe (7,7%) tinha cinco filhos, três mães (23,1%) tinham dois filhos e nove mães (69,2%) experienciavam a maternidade pela primeira vez. Verificou-se ainda que, para nove participantes (69,2%), esta correspondia à primeira gravidez, enquanto para quatro (30,8%) não se tratava da primeira experiência gestacional. No que se refere ao planeamento da gravidez, dez mães (76,9%) referiu esta tratar-se de uma gravidez planeada, enquanto três (23,1%) indicaram que a mesma não tinha sido planeada. Relativamente aos pais, dois (25,0%) referiram já ter filhos e seis (75,0%) encontravam-se a experienciar a paternidade pela primeira vez (tabela 3). Os dois participantes que já eram pais indicaram que o bebé nascido correspondia ao segundo filho.

No que diz respeito à existência de antecedentes de doença mental, quer no período pré-natal quer no período pós-natal, apenas um participante (4,8%) referiu antecedentes desta natureza, nomeadamente depressão (tabela 3).

Quanto à qualidade da relação conjugal no período pré-natal, a maioria das mulheres classificou a relação com o pai do bebé como muito boa (n= 11; 84,6%), enquanto as restantes a consideraram boa (n=2; 15,4%). No grupo dos homens, 75,0% (n=6) classificaram a relação com a mãe do bebé como muito boa, 12,5% (n=1) como boa e 12,5% (n=1) como razoável. No período pós-natal, observou-se, de forma global, uma ligeira melhoria na perceção da qualidade da relação conjugal (tabela 3).

Relativamente à situação profissional no período pré-natal, duas mães (15,4%) encontravam-se desempregadas e onze (84,6%) exerciam atividade profissional por conta de outrem. Entre os pais, sete (87,5%) eram trabalhadores por conta de outrem e um (12,5%) trabalhador por conta própria. No período pós-natal, verificou-se que uma das mães que anteriormente trabalhava por conta de outrem passou a encontrar-se desempregada (tabela 3).

No que concerne ao apoio familiar, doze (92,3%) mulheres referiram ter apoio familiar e uma (7,7%) das mulheres referiu não ter apoio. Os períodos pré-natal e pós-natal evidenciaram ligeiras alterações, verificando-se perda de apoio familiar numa das participantes. Relativamente à alimentação dos recém-nascidos, observou-se que todas as mulheres da amostra (n = 13) se encontravam a amamentar os seus filhos, correspondendo a 100% das participantes (tabela 3).

No que respeita à experiência de parto, quatro mulheres (30,8%) consideraram que o parto correu muito bem, duas (15,4%) classificaram-no como tendo corrido bem, cinco (38,5%) referiram que correu mais ou menos, uma (7,7%) considerou que correu mal e outra (7,7%) avaliou-o como tendo corrido muito mal (tabela 3).

Relativamente à presença do pai no parto, no questionário paterno os dados revelaram uma distribuição equilibrada, sem diferenças expressivas, quatro (50,0%) referiram ter assistido ao parto e quatro (50,0%) indicaram não ter estado presentes. Já segundo as mães, seis pais (46,2%) assistiram ao parto e sete (53,8%) não estiveram presentes (tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica, obstétrica, familiar e contextual da amostra.

Variável		Mães (n=13)	Pais (n=8)
Idade: M; ± DP; [Min-Max]		33,85; ±4,71; [22-38]	35,13; ± 7,68; [23-49]
Escolaridade, n (%)	12º ano	4 (30,8)	4 (50,0)
	Licenciatura	5 (38,5)	4 (50,0)
	Mestrado	4 (30,8)	-----
Estado Civil, n (%)	Solteiro (a)	2 (15,4)	1 (12,5)
	Casado (a)/união de fato	11 (84,6)	7 (87,5)
Antecedentes de doença mental, n (%)			1 participante na amostra total (4,8%) referiu antecedentes de depressão
Número de filhos, n (%)	1 filho	9 (69,2)	6 (75,0)
	2 filhos	3 (23,1)	2 (25,0)
	5 filhos	1 (7,7)	-----
Número de gravidezes, n (%)	1ª gravidez	9 (69,2)	-----
	2 ou mais gravidezes	4 (30,8)	-----
Gravidez Planeada, n (%)	Sim	10 (76,9)	-----
	Não	3 (23,1)	-----
Qualidade da Relação conjugal pré-natal, n (%)	Muito Boa	11 (84,6)	6 (75,0)
	Boa	2 (15,4)	1 (12,5)
	Razoável	0 (0,0)	1 (12,5)
Qualidade da Relação conjugal pós-natal, n (%)	Muito Boa	12 (92,3)	6 (75,0)
	Boa	1 (7,7)	2 (25,0)
	Razoável	0 (0,0)	0 (0,0)
Situação Profissional pré-natal, n (%)	Trabalhador(a) por conta de outrem	11 (84,6)	7 (87,5)
	Trabalhador(a) por conta própria	0 (0,0)	1 (12,5)
	Desempregado(a)	2 (15,4)	0 (0,0)
Situação Profissional pós-natal, n (%)	Trabalhador(a) por conta de outrem	10 (76,9)	7 (87,5)
	Trabalhador(a) por conta própria	0 (0,0)	1 (12,5)
	Desempregado(a)	3 (23,1)	0 (0,0)
Apoio familiar, n (%)	Pré-natal – Sim	12 (92,3)	-----
	Pré-natal – Não	1 (7,7)	-----
	Pós-natal – Sim	11 (84,6)	-----
	Pós-natal – Não	2 (15,4)	-----
Avaliação do parto, n (%)	Muito Bem	4 (30,8)	-----
	Bem	2 (15,4)	-----
	Mais ou menos	5 (38,5)	-----
	Mal	1 (7,7)	-----
	Muito mal	1 (7,7)	-----
Pai assistiu ao parto, n (%)	Sim	6 (46,2)	4 (50,0)
	Não	7 (53,8)	4 (50,0)

A avaliação da saúde mental das mães, através do *Mental Health Inventory-5* (MHI-5), evidenciou uma distribuição heterogênea das trajetórias entre o período pré-natal e o pós-natal (tabela 4). Após aplicação do teste não paramétrico de *Wilcoxon*, verificou-se melhoria dos níveis de saúde mental em sete participantes, agravamento em quatro e manutenção dos resultados em duas. Contudo, globalmente, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação ($Z = -0,134$; $p = 0,893$).

No que respeita à categorização dos níveis de saúde mental materna, observou-se uma ligeira redução do número de mulheres com sintomas graves de depressão, passando de duas participantes (15,4%) no período pré-natal para uma participante (7,7%) no período pós-natal. Em contrapartida, verificou-

se um aumento do número de mulheres com sintomas moderados de depressão, de uma participante (7,7%) para três participantes (23,1%). Simultaneamente, o número de mães com maiores níveis de saúde mental diminuiu de dez (76,9%) para nove (69,2%) (tabela 15). Estes resultados sugerem uma redistribuição dos níveis de saúde mental no período pós-parto, sem que tal se traduza numa alteração estatisticamente significativa do estado global de saúde mental.

Relativamente às dimensões do MHI-5, verificou-se um ligeiro decréscimo do distress materno no período pós-natal, bem como uma ligeira diminuição do bem-estar materno (tabela 16). Ainda que estas variações apontem para alterações nas componentes emocionais avaliadas, a sua magnitude parece reduzida, não se refletindo em diferenças estatisticamente significativas no resultado global da escala.

Nos pais, os resultados revelaram igualmente ausência de diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação (tabela 17), apesar de se observar descritivamente uma ligeira melhoria em algumas componentes, nomeadamente no bem-estar paterno. Verificou-se melhoria dos níveis de saúde mental em quatro participantes e agravamento em quatro participantes. Ainda assim, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o período pré-natal e o pós-natal ($Z = -0,562$; $p = 0,574$).

No que se refere à categorização dos níveis de saúde mental paterna, verificou-se uma redução do número de homens com sintomas graves de depressão, passando de dois participantes (25,0%) no período pré-natal para um participante (12,5%) no período pós-natal. Observou-se, contudo, o surgimento de um caso com sintomas moderados de depressão no período pós-natal, quando no período pré-natal não existiam participantes nesta categoria. O número de pais com maiores níveis de saúde mental manteve-se estável em ambos os momentos ($n = 6$; 75,0%) (tabela 18). Do mesmo modo, o número de participantes com maiores níveis de saúde mental manteve-se estável, tendo-se verificado redução dos casos classificados com sintomatologia grave, mas aparecimento de um caso com sintomatologia moderada.

Relativamente às subdimensões avaliadas, observou-se um ligeiro decréscimo do distress paterno no período pós-natal. Já o bem-estar paterno apresentou uma ligeira melhoria, traduzida no aumento do valor central e do valor mínimo observado (tabela 19). Apesar destas variações descritivas, os resultados globais não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação.

Relativamente à vinculação parental, a análise dos resultados permitiu verificar que, no presente estudo, na transição do período pré-natal para o pós-natal não se associou a um aumento estatisticamente significativo da vinculação parental global, quer nas mães quer nos pais (tabela 4). O achado mais robusto foi a existência de uma diminuição estatisticamente significativa da qualidade da vinculação materna entre o período pré-natal e o pós-natal, enquanto nas restantes dimensões avaliadas não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Importa também referir que as escalas de vinculação utilizadas no período pré-natal e pós-natal apresentam número de itens diferente, tanta para os pais como para as mães, razão pela qual a comparação direta dos totais brutos poderia conduzir a interpretações enviesadas. Assim, para tornar os resultados comparáveis entre os dois momentos de avaliação, recorreu-se à pontuação média dos itens da escala, obtida pela soma das pontuações atribuídas a cada item e posterior divisão pelo número total de itens, permitindo expressar os resultados numa métrica comum de 1 a 5 pontos. Esta análise permitiu constatar que, apesar de pequenas oscilações entre os dois momentos, os níveis de vinculação parental global se mantiveram globalmente elevados quer no período pré-natal quer no

pós-natal. Nas mães, a pontuação global correspondeu a 81,46 pontos em 95 possíveis no período pré-natal e a 59,92 pontos em 70 possíveis no período pós-natal, o que representa, respetivamente, cerca de 85,7% e 85,6% da pontuação máxima (tabela 4). Nos pais, a pontuação global foi de 59,38 pontos em 80 possíveis no período pré-natal e de 63,25 pontos em 80 possíveis no período pós-natal, correspondendo a aproximadamente 74,2% e 79,1% da pontuação máxima (tabela 4). Assim, mais do que sugerirem uma quebra generalizada da vinculação, estes resultados apontam para a manutenção de níveis globalmente elevados de vinculação em ambos os momentos, com estabilidade no grupo materno e tendência de aumento no grupo paterno.

Relativamente à Hipótese 1 “A mãe possui níveis superiores de vinculação pós-natal com o bebé, comparativamente com os níveis de vinculação pré-natal”, os resultados não permitiram confirmar esta hipótese. A pontuação média da escala de vinculação materna global apresentou valores praticamente estáveis entre o período pré-natal ($M = 4,29$) e pós-natal ($M = 4,28$) (tabela 4), não se verificando diferenças estatisticamente significativas. Acresce que, quando analisada a pontuação global em função do valor máximo de cada um dos instrumentos, se verifica que os níveis de vinculação materna se mantiveram elevados em ambos os momentos, correspondendo a cerca de 85,7% da pontuação máxima no período pré-natal e 85,6% no período pós-natal. Deste modo, os resultados sugerem uma estabilidade da vinculação materna global em níveis elevados, embora se tenha observado uma diminuição estatisticamente significativa na subescala qualidade da vinculação.

No que respeita à subescala qualidade da vinculação, observou-se uma diminuição estatisticamente significativa do pré-natal para o pós-natal ($M = 36,77$ vs. $M = 28,15$; $Z = -3,183$; $p = 0,001$), o que indica que, a percepção materna da sua qualidade foi menos positiva após o nascimento.

No que se refere à Hipótese 2, segundo a qual o pai apresentaria níveis superiores de vinculação pós-natal comparativamente aos níveis de vinculação pré-natal, também não foi possível confirmá-la estatisticamente. Ainda que os resultados descritivos apontem para uma ligeira subida da vinculação paterna global ($M = 3,71$ na avaliação pré-natal e $M = 3,95$ na avaliação pós-natal) e da qualidade da vinculação paterna ($M = 38,25$ vs. $M = 38,75$), estas diferenças não atingiram significado estatístico. Esta tendência é igualmente visível quando se considera a pontuação global em função do valor máximo possível de cada instrumento, observando-se uma subida de cerca de 74,2% da pontuação máxima no período pré-natal (correspondente a uma $M = 59,38$ pontos num máximo possível de 80 pontos) para 79,1% no período pós-natal (correspondente a uma $M = 63,25$ pontos num máximo possível de 80 pontos). Assim, embora sem significado estatístico, os resultados sugerem que a vinculação paterna se manteve em níveis elevados, apresentando uma tendência descritiva de aumento após o nascimento.

Relativamente à Hipótese 3, que propunha que os níveis de vinculação pré-natal das mães seriam superiores aos dos pais, os resultados confirmaram esta hipótese. A comparação entre a vinculação pré-natal paterna e materna revelou diferenças estatisticamente significativas ($Z = -2,521$; $p = 0,012$), verificando-se que, em todos os casos emparelhados analisados, os valores paternos foram inferiores aos maternos. Este resultado é coerente com os dados da estatística descritiva, uma vez que a média da vinculação pré-natal foi superior nas mães ($M = 4,29$) do que nos pais ($M = 3,71$).

No que respeita à Hipótese 5, segundo a qual os níveis de vinculação pós-natal das mães seriam superiores aos dos pais, os resultados também confirmaram esta hipótese. A comparação entre a vinculação pós-natal paterna e materna revelou diferenças estatisticamente significativas ($Z = -2,100$; $p = 0,036$), indicando valores maternos superiores aos paternos no período pós-natal.

Relativamente à Hipótese 4, que postulava que a participação na intervenção promoveria a adoção de um estilo parental positivo nos casais, os resultados devem ser interpretados com prudência. A análise estatística (tabela 4) realizada comparou os níveis de parentalidade positiva materna e paterna, não permitindo avaliar diretamente o efeito da intervenção ao longo do tempo, uma vez que não foi efetuada uma comparação pré e pós-intervenção desta variável. Os resultados descritivos evidenciaram valores médios elevados de parentalidade positiva quer nas mães (M = 67,08; DP = 3,094), quer nos pais (M = 66,25; DP = 4,132). Contudo, a comparação inferencial entre ambos não revelou diferenças estatisticamente significativas ($Z = -0,844$; $p = 0,398$). Estes dados sugerem que, na presente amostra, mães e pais apresentaram níveis semelhantes de parentalidade positiva, não sendo possível afirmar, com base nesta análise, que a intervenção tenha promovido diretamente a adoção de um estilo parental positivo.

Tabela 4 - Saúde mental parental (MHI-5) e Vinculação parental, no período pré-natal e pós-natal, e parentalidade positiva materna e paterna.

Variável	Mães (n=13)		Pais (n=8)	
	Pré-natal	Pós-natal	Pré-natal	Pós-Natal
MHI-5 global				
M,	69,23	68,00	69,50	73,00
[Min-Max]	[52-88]	[40-84]	[32-88]	[48-84]
Categorias				
Sintomas graves de depressão, n (%)	2 (15,4)	1 (7,7)	2 (25,0)	1 (12,5)
Sintomas moderados de depressão, n (%)	1 (7,7)	3 (23,1)	0 (0,0)	1 (12,5)
Maiores Níveis de Saúde mental, n (%)	10 (76,9)	9 (69,2)	6 (75,0)	6 (75,0)
Distress				
M,	14,00	13,77	14,00	13,87
[Min-Max]	[10-16]	[9-16]	[8-17]	[11-16]
Md	14	14	15	14
Mo	15	16	17	14
Bem-estar				
M,	8,31	8,23	8,38	8,88
[Min-Max]	[6-11]	[6-10]	[5-10]	[7-10]
Md	8	9	9,5	9
Mo	7	9	10	9
Vinculação Global,	81,46; $\pm$ 6,653;	59,92; $\pm$ 5,188;	59,38; $\pm$ 8,193;	63,25; $\pm$ 3,412;
M; $\pm$ DP; [Min-Max]	[71-93]	[51-68]	[43-69]	[59-70]
Pontuação média da escala da vinculação,	4,29 $\pm$ 0,350	4,28 $\pm$ 0,371	3,71 $\pm$ 0,512	3,95 $\pm$ 0,213
M; $\pm$ DP; [Min-Max]	[3,74-4,89]	[3,64-4,86]	[2,619-4,31]	[3,69-4,38]
Qualidade da vinculação (Q.V.),	36,77; $\pm$ 2,619;	28,15; $\pm$ 3,997;	38,25; $\pm$ 4,683;	38,75; $\pm$ 1,909;
M; $\pm$ DP; [Min-Max]	[32-40]	[21-34]	[30-44]	[36-41]
Intensidade de preocupação (I.P.),	19,69; $\pm$ 2,750;	----	16,88; $\pm$ 4,291;	----
M; $\pm$ DP; [Min-Max]	[14-25]		[10-23]	
Sentimentos de maternidade (S.M.),	----	31,77; $\pm$ 2,204;	----	----
M; $\pm$ DP; [Min-Max]		[28-35]		
Paciência e tolerância (P.T.),	----	----	----	24,50; $\pm$ 3,464;
M; $\pm$ DP; [Min-Max]				[19-29]
Parentalidade Positiva,	----	67,08; $\pm$ 3,094;	----	66,25; $\pm$ 4,132;
M; $\pm$ DP; [Min-Max]		[61-72]		[60-72]

1.6.2. Discussão de Resultados

A avaliação dos resultados do projeto foi realizada tendo por base os indicadores de estrutura, processo e resultado inicialmente definidos, os quais permitiram monitorizar a implementação da intervenção e apreciar o seu impacto nos participantes. Os indicadores de estrutura e processo possibilitaram analisar a concretização das atividades planeadas, a adesão dos casais e o cumprimento do programa, enquanto os indicadores de resultado permitiram apreciar a evolução da saúde mental parental, da vinculação materna e paterna e da parentalidade positiva. A leitura destes indicadores constitui, assim, um referencial importante para interpretar os resultados obtidos e enquadrar a sua discussão à luz da evidência científica existente.

De forma global, os indicadores de estrutura e de processo permitiram verificar a concretização das atividades planeadas e a adesão dos participantes ao projeto, ainda que condicionadas por algumas limitações, nomeadamente a reduzida dimensão amostral, mas que correspondeu a todos os casais inscritos no curso de preparação para o parto da UCC Almourol. Relativamente aos indicadores de resultado, a análise dos dados não permitiu demonstrar melhorias estatisticamente significativas nalgumas variáveis estudadas, embora tenham sido identificadas tendências favoráveis em algumas dimensões e valores globalmente elevados noutras, como na vinculação parental e na parentalidade positiva. De seguida, procede-se à análise e discussão dos resultados obtidos nas diferentes variáveis em estudo, articulando os dados quantitativos com os indicadores definidos inicialmente e com a literatura científica disponível.

Os resultados obtidos pela aplicação do MHI-5, ao grupo de mães, sugerem uma redistribuição dos níveis de saúde mental no período pós-parto, sem que tal se traduza numa alteração estatisticamente significativa do estado global de saúde mental, possivelmente associada ao impacto diferenciado das exigências do puerpério. A literatura mostra que o pós-parto é uma fase de reorganização física, emocional e relacional, na qual fatores como fadiga, privação de sono, alterações hormonais e novas exigências parentais podem afetar a saúde mental materna (Witkowska-Zimny, Zhyvotovska, Isakov, Boiko, & Nieradko-Iwanicka, 2024).

Relativamente às dimensões do MHI-5, distress e bem-estar materno, os resultados obtidos nesta amostra, nomeadamente a redução do distress materno, embora ligeiro, poderá refletir a adaptação progressiva a algumas exigências da maternidade. Por outro lado, a discreta diminuição do bem-estar sugere que essa adaptação não ocorreu de forma plenamente positiva para todas as mulheres. Esta leitura é compatível com a evidência que relaciona a má qualidade do sono no pós-parto com níveis mais elevados de ansiedade e depressão maternas, bem como com pior bem-estar psicológico global (Witkowska-Zimny, Zhyvotovska, Isakov, Boiko, & Nieradko-Iwanicka, 2024).

No que se refere à categorização dos níveis de saúde mental paterna, à semelhança do grupo materno, estes dados apontam para variabilidade individual e não para uma alteração uniforme da saúde mental paterna. A ausência de significância estatística, quer nas mães quer nos pais, poderá ainda estar relacionada com a reduzida dimensão amostral, particularmente no grupo paterno, o que limita o poder estatístico das análises e dificulta a deteção de diferenças reais. Além disso, a própria literatura evidencia que as mudanças na saúde mental perinatal nem sempre seguem uma trajetória uniforme ou linear, podendo oscilar em função de fatores contextuais, conjugais, sociais e individuais (Smythe, Petersen, & Schartau, 2022). Uma revisão sobre intervenções dirigidas à depressão e ansiedade perinatais em pais mostrou que várias intervenções com componente educativa, terapêutica ou psicoeducativa, sobretudo quando centradas no casal, produziram efeitos positivos em sintomas subclínicos, embora os resultados não sejam uniformes (Rodrigues, Ericksen, Watson, Gemmill, &

Milgrom, 2022). Tudo isto sugere que a ausência de diferenças estatisticamente significativas no presente estudo não invalida a possibilidade de existirem benefícios clínicos ou preventivos mais subtis, especialmente em amostras pequenas.

Os resultados do presente estudo sugerem que a saúde mental parental, avaliada pelo MHI-5, se manteve globalmente estável entre o período pré-natal e o pós-natal, tanto nas mães como nos pais, sem diferenças estatisticamente significativas. Este resultado sugere que, nesta amostra, a transição para a parentalidade não se traduziu numa alteração estatisticamente demonstrável do estado global de saúde mental. Ainda assim, a análise descritiva mostrou trajetórias individuais distintas, com participantes que melhoraram, outros que agravaram e outros que mantiveram os seus resultados, o que aponta para a natureza heterogénea da adaptação psicológica ao período perinatal. A análise descritiva revelou flutuações nas categorias de saúde mental e nas dimensões de distress e bem-estar, apontando para a complexidade e heterogeneidade da adaptação psicológica à parentalidade. Estes dados reforçam a importância da monitorização sistemática da saúde mental de ambos os membros do casal no período perinatal, bem como da implementação de intervenções preventivas e de suporte ajustadas às necessidades individuais e familiares.

Relativamente à vinculação parental, os resultados obtidos sugerem que a transição para a parentalidade constitui um processo complexo, no qual a vinculação não evolui necessariamente de forma linear ou homogénea, pois esta relação poderá ser influenciada por outras exigências próprias deste período, como a experiência de parto (parto por cesariana e experiências traumáticas de parto), bem como a necessidade de cuidados intensivos neonatais e sintomas psicológicos (como por exemplo a depressão pós-parto), reforçando a natureza multifatorial do processo de vinculação (Trombetta, et al., 2021). Os primeiros meses após o parto podem ser muito difíceis para os pais, levando por vezes a sintomas elevados de stress parental, depressão e ansiedade (Missler, Straten, Denissen, Donker, & Beijers, 2020).

Os resultados obtidos nesta amostra mais do que sugerirem uma quebra generalizada da vinculação, apontam para a manutenção de níveis globalmente elevados de vinculação em ambos os momentos, com estabilidade no grupo materno e tendência de aumento no grupo paterno. A evidência disponível aponta para uma associação positiva entre a vinculação pré-natal e a vinculação ao bebé no período pós-natal, embora esta relação possa variar em função dos instrumentos utilizados, do momento da avaliação e de fatores contextuais e psicológicos parentais (Trombetta, et al., 2021). Além disso, os estudos sobre vinculação paterna indicam que esta tende a fortalecer-se com o contacto direto com o bebé, o envolvimento nos cuidados e a participação do pai na gravidez e no pós-parto (Suzuki, et al., 2022).

Relativamente à Hipótese 1 “A mãe possui níveis superiores de vinculação pós-natal com o bebé, comparativamente com os níveis de vinculação pré-natal”, os resultados não permitiram confirmar esta hipótese, como já referido anteriormente. Esta leitura é coerente com a literatura, que aponta para uma associação positiva entre vinculação pré-natal e pós-natal, mas também para a possibilidade de diferentes dimensões do vínculo evoluírem de forma distinta ao longo do período perinatal (Trombetta, et al., 2021). O bem-estar materno, a experiência do parto, a fadiga, a privação de sono e a sintomatologia psicológica são descritos como fatores com potencial impacto negativo na vivência subjetiva do vínculo no pós-parto (Döblin, et al., 2023).

Contudo no que respeita à subescala qualidade da vinculação, observou-se uma diminuição estatisticamente significativa do pré-natal para o pós-natal. Este resultado poderá refletir o impacto das exigências inerentes ao puerpério e à adaptação ao papel parental. A literatura evidencia que o

período pós-parto traz consigo inúmeras mudanças, uma vez que as mulheres passam por inúmeras adaptações não só a nível fisiológico, mas também a um novo estilo de vida, envolvendo mudanças físicas, sociais e emocionais, além da adaptação aos ciclos de sono/vigília do recém-nascido. Este é um período frequentemente marcado por fadiga, privação de sono, reorganização emocional e psicológica, dificuldades com a amamentação, cólicas ou choro incessante do bebé, fatores que podem interferir negativamente, fazendo com que as mães desenvolvam sentimentos negativos em relação à criança, e experimentem ansiedade e depressão. Acresce ainda que mães que apresentam um elevado nível de vinculação pré-natal com os seus filhos ainda no útero também experimentam um vínculo mais positivo no período pós-natal (Witkowska-Zimny, Zhyvotovska, Isakov, Boiko, & Nieradko-Iwanicka, 2024). A literatura tem demonstrado que o bem-estar materno no pós-parto se relaciona com a qualidade da vinculação e que níveis mais baixos de ansiedade e melhor ajustamento psicológico tendem a associar-se a melhores níveis de vinculação pós-natal (McNamara, Townsend, & Herbert, 2019). A manutenção da média da vinculação materna global, apesar da redução da qualidade da vinculação, sugere que diferentes dimensões do vínculo podem comportar-se de forma distinta ao longo do tempo. Assim, a mãe poderá manter uma ligação afetiva estável com o bebé, mas experienciar essa relação de forma menos positiva ou mais ambivalente no período inicial do pós-parto. Esta leitura é coerente com a literatura que aponta para uma associação positiva entre vinculação pré-natal e vinculação ao bebé, embora com variações consoante as dimensões avaliadas, o momento da recolha dos dados e os instrumentos utilizados (Trombetta, et al., 2021). Assim, os resultados do presente estudo não permitem concluir que a vinculação parental global diminua após o nascimento. Pelo contrário, apontam para a manutenção de níveis globalmente elevados de vinculação quer no período pré-natal quer no pós-natal, embora com oscilações em dimensões específicas, nomeadamente na qualidade da vinculação materna. Esta oscilação poderá relacionar-se com a confrontação entre o bebé imaginado e o bebé real, bem como com as mudanças efetivas que ocorrem na vida da mãe após o nascimento do bebé, as quais podem influenciar a forma como esta vivencia e percebe a relação com o filho. A parentalidade consiste num processo maturativo que conduz a uma reestruturação psicoafetiva, permitindo a criação de laços de aliança e filiação, possibilitando a dois adultos tornarem-se pais (Bayle, 2005; Souza & Pedroso, 2011).

No que se refere à Hipótese 2, segundo a qual o pai apresentaria níveis superiores de vinculação pós-natal comparativamente aos níveis de vinculação pré-natal, também não foi possível confirmá-la estatisticamente, pois ainda que os resultados descritivos apontem para uma ligeira subida da vinculação paterna global e da qualidade da vinculação paterna, estas diferenças não atingiram significado estatístico. Esta tendência é igualmente visível quando se considera a pontuação global em função do valor máximo possível de cada instrumento. Assim, embora sem significado estatístico, os resultados sugerem que a vinculação paterna se manteve em níveis elevados, apresentando uma tendência descritiva de aumento após o nascimento. Esta interpretação é compatível com a literatura, que descreve a vinculação paterna como um processo frequentemente mais gradual, influenciado pelo contacto direto com o bebé, pelo envolvimento nos cuidados e pela participação ativa do pai durante a gravidez e o pós-parto (Suzuki, et al., 2022). Por outro lado, a dimensão reduzida da amostra paterna poderá igualmente ter limitado o impacto estatístico da análise, dificultando a deteção de diferenças significativas (Field, 2005).

Relativamente à Hipótese 3, que propunha que os níveis de vinculação pré-natal das mães seriam superiores aos dos pais, os resultados confirmaram esta hipótese, pois os resultados estatísticos revelaram diferenças estatisticamente significativas. Tal achado vai de encontro ao encontrado na

literatura, que tem descrito, de forma relativamente consistente, níveis mais elevados de vinculação pré-natal materna, o que poderá relacionar-se com a experiência corporal direta da gravidez, a percepção dos movimentos fetais e um investimento psicológico mais precoce no bebé. Ao mesmo tempo, a investigação também sublinha que a vinculação paterna pré-natal é significativa, mas poderá ser influenciada por variáveis individuais e relacionais e tende a depender mais de fatores contextuais, relacionais e do grau de envolvimento do pai na gravidez (Trombetta, et al., 2021; Tabayashi, Sato, & Yamazaki, 2025).

No que respeita à Hipótese 5, segundo a qual os níveis de vinculação pós-natal das mães seriam superiores aos dos pais, os resultados também confirmaram esta hipótese, com diferenças estatisticamente significativas. Este resultado encontra-se em consonância com a evidência que mostra que, no pós-parto, os pais tendem, em média, a sentir-se mais distantes dos seus bebés do que as mães, embora a vinculação paterna possa aumentar com o contacto, a participação nos cuidados e a experiência concreta da parentalidade (Suzuki, et al., 2022). Por outro lado, a saúde mental paterna parece também estar relacionada com o vínculo parental no pós-parto, logo após o parto (Bieleninik, Lutkiewicz, Jurek, & Bidzan, 2021). Assim, os resultados do presente estudo sugerem que, apesar da presença de vinculação em ambos os elementos do casal, a vinculação materna continua a apresentar níveis superiores também após o nascimento.

A leitura conjunta das Hipóteses 3 e 5 permite sugerir alguma continuidade da superioridade dos níveis de vinculação materna relativamente aos paternos, quer no período pré-natal quer no período pós-natal. Este padrão poderá significar que, embora a vinculação paterna se desenvolva ao longo da gravidez e se fortaleça após o nascimento, a vinculação materna tende a iniciar-se mais precocemente e a apresentar maior intensidade média ao longo da transição para a parentalidade (Tabayashi, Sato, Kawahar, & Yamazaki, 2026). Ainda assim, esta interpretação não deve ser lida de forma determinista, uma vez que a literatura destaca a influência de múltiplos fatores na vinculação paterna, incluindo o apoio da parceira, a qualidade da relação conjugal, a participação nas consultas e preparações para o parto e a possibilidade de envolvimento nos cuidados ao recém-nascido (Thomas, Walsh, Quince, White, & Blackwell, 2025).

Estes resultados reforçam a importância de intervenções de enfermagem especializadas dirigidas não apenas à promoção da vinculação materna e paterna, mas também ao apoio emocional na transição para a parentalidade. O facto de a qualidade da vinculação materna ter diminuído significativamente no pós-parto sugere a necessidade de monitorização mais atenta esta dimensão, sobretudo nas primeiras semanas após o nascimento, período em que as exigências adaptativas são particularmente intensas. Por outro lado, os níveis inferiores de vinculação paterna, tanto no período pré como no período pós-natal, reforça a pertinência de estratégias que promovam o envolvimento ativo do pai durante a gravidez e após o nascimento, favorecendo a construção progressiva da relação pai-bebé.

Globalmente, os resultados do presente estudo sugerem que a transição para a parentalidade não implica necessariamente um aumento linear da vinculação parental global. Pelo contrário, este processo parece ser diferenciado entre mães e pais e entre as diversas dimensões da vinculação. O principal achado foi a redução significativa da qualidade da vinculação materna no pós-natal e a confirmação de níveis de vinculação global significativamente superiores nas mães, tanto antes como após o nascimento. Importa, contudo, salientar que, quando analisada a vinculação global, os níveis de vinculação parental se mantiveram elevados em ambos os grupos e em ambos os momentos, sugerindo que o vínculo afetivo ao bebé já se encontrava significativamente estabelecido no período pré-natal e se manteve no período pós-natal. Este padrão encontra suporte na literatura, que descreve

a vinculação parental como um processo contínuo, dinâmico e multidimensional, tendencialmente já presente durante a gravidez e influenciado por fatores individuais, relacionais e contextuais ao longo da transição para a parentalidade (Trombetta, et al., 2021). Estes resultados reforçam a natureza complexa, relacional e contextual da vinculação parental e sublinham a importância de continuar a investigar os fatores que a promovem ou dificultam ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Relativamente à Hipótese 4, que postulava que a participação na intervenção promoveria a adoção de um estilo parental positivo nos casais, os resultados devem ser interpretados com prudência. A análise estatística realizada comparou os níveis de parentalidade positiva materna e paterna, não permitindo avaliar diretamente o efeito da intervenção ao longo do tempo, uma vez que não foi efetuada uma comparação pré e pós-intervenção desta variável. Estes dados sugerem que, na presente amostra, mães e pais apresentaram níveis semelhantes de parentalidade positiva, não sendo possível afirmar, com base nesta análise, que a intervenção tenha promovido diretamente a adoção de um estilo parental positivo. Apesar disso, o facto de ambos os elementos do casal apresentarem valores médios elevados nesta dimensão poderá constituir um indicador favorável, sugerindo competências parentais positivas nos participantes. A literatura tem demonstrado que intervenções dirigidas à transição para a parentalidade podem produzir efeitos positivos nos domínios individual, conjugal e parental, sobretudo quando incluem componentes de comunicação do casal, resolução de problemas, coparentalidade e práticas parentais dirigidas ao bebé (Oliveira, Alvarenga, Paixão, & Sales, 2023). Uma revisão sistemática de intervenções com pais na transição para a parentalidade identificou efeitos positivos nestes domínios, salientando que melhorias na relação do casal e na coparentalidade podem favorecer a disponibilidade emocional e a responsividade parental (César-Santos, Bastos, Dias, & Campos, 2024). Do mesmo modo, ensaios clínicos com programas educativos estruturados, implementados no período pré e pós-natal, evidenciaram melhorias em múltiplos indicadores de coparentalidade, parentalidade, saúde mental parental e ajustamento familiar (Feinberg, et al., 2016). Acresce que a literatura de enfermagem de saúde familiar sugere que intervenções educativas e de suporte, desenvolvidas por enfermeiros, podem promover comportamentos parentais positivos e melhorar a interação pais-criança (César-Santos, Bastos, Dias, & Campos, 2024). Deste modo, embora os resultados do presente estudo não permitam confirmar diretamente a hipótese 4, os valores médios elevados observados em ambos os elementos do casal são compatíveis com a possibilidade de a intervenção ter contribuído favoravelmente para a aquisição de competências parentais positivas.

1.7. Propor Medidas Corretivas

Com o objetivo de aumentar a eficácia deste projeto levou-me a uma abordagem crítica e reflexiva sobre o seu processo de implementação, recorrendo à análise SWOT.

A análise SWOT teve origem na publicação Política de Negócios: Texto e Casos, em 1965. Foi criado por quatro professores da Universidade de Havard, e foi um dos primeiros modelos a considerar o ambiente externo de uma organização ou processo. Os modelos anteriores limitavam-se apenas ao planeamento estratégico, sem levar em conta o seu ambiente. Assim, SWOT é um acrónimo dos termos: Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças. É um modelo que permite identificar rapidamente tanto os fatores internos (elementos que podem ser influenciados ou modificados: forças e fraquezas) como os externos (que não ser influenciado porque é ligado ao ambiente: oportunidades e ameaças) que influenciam o funcionamento de uma organização ou processo, sendo utilizada como instrumento de tomada de decisão ou delineamento de planos estratégicos, permitindo às organizações dar prioridade aos fatores em termos de impacto esperados, quer sejam positivos (forças

e oportunidades) ou negativos (fraquezas e ameaças). Este modelo investiga a situação atual num determinado momento, de uma forma prospetiva, em oposição a uma retrospectiva, e analisa também a estrutura tendo em mente as perspetivas futuras, concentrando-se simultaneamente na funcionalidade interna (pontos fortes e fracos) e no ambiente externo (oportunidade e ameaças) (Speth, 2023). A tabela seguinte permite visualizar de forma resumida a análise crítico-reflexiva realizada:

Forças	Oportunidades
• Melhoria dos cuidados de enfermagem prestados • Projeto centrado numa área clinicamente relevante e sensível, a transição para a parentalidade, reconhecida como um período crítico para a saúde mental; • Intervenção alinhada com as competências do EESMP, particularmente na promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental; • Abordagem dirigida ao casal, e não apenas à grávida, promovendo maior inclusão do pai.	• Crescente valorização da saúde mental perinatal e da intervenção precoce junto desta população. • Crescente grau de exigência dos utilizadores dos serviços de saúde; • Potencial de replicação do projeto noutras UCC. • Maior sensibilização social e institucional para a importância do envolvimento paterno na gravidez e no pós-parto. • Desenvolvimento futuro de investigações com amostras maiores e desenho metodológico mais robusto, reforçando a evidência sobre este tipo de intervenção.
Fraquezas	Ameaças
• Dimensão da amostra reduzida, limitando o poder estatístico e a generalização dos resultados. • Tempo limitado de implementação e acompanhamento, dificultando a observação de efeitos a médio e longo prazo, pois a intervenção deveria manter-se após o parto. • Dificuldade em avaliar de forma objetiva o impacto da intervenção em algumas variáveis, nomeadamente na parentalidade positiva, por ausência de avaliação pré e após intervenção, logo se o acompanhamento se mantivesse a longo prazo poderia ser realizada esta avaliação.	• Baixa adesão dos participantes ao projeto, mas os que aderiram mantiveram-se no mesmo até ao final da intervenção. • Limitações organizacionais e institucionais, como falta de tempo, recursos humanos ou condições logísticas para assegurar continuidade. • Persistência de crenças socioculturais que mantêm a gravidez e a parentalidade como áreas centradas sobretudo na mulher, dificultando o envolvimento do pai. • Variáveis externas não controláveis, como complicações obstétricas, qualidade da relação conjugal, apoio familiar, problemas socioeconómicos ou eventos de vida stressantes, com impacto na saúde mental e na vinculação.

Tabela 5 - Análise SWOT do projeto.

Face à análise crítico-reflexiva realizada e aos resultados obtidos, considerou-se pertinente definir um conjunto de medidas corretivas com vista ao aperfeiçoamento do projeto e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, uma das principais medidas corretivas prende-se com o reforço do recrutamento e da adesão dos participantes, através da divulgação mais estruturada

do projeto e da sensibilização precoce dos casais para a importância da intervenção nas consultas de vigilância da gravidez, por exemplo.

Paralelamente, considera-se fundamental promover um maior envolvimento paterno ao longo de todo o processo, dado que a literatura e os resultados obtidos reforçam a importância da inclusão do pai na transição para a parentalidade. Para tal, poderão ser adotadas estratégias específicas dirigidas aos homens, quer ao nível da sensibilização para a relevância do seu papel, quer ao nível da adaptação dos conteúdos e metodologias às suas necessidades e disponibilidade.

Outra medida corretiva relevante consiste no prolongamento do acompanhamento para o período pós-parto, permitindo não só dar continuidade à intervenção num momento particularmente exigente do ponto de vista emocional, relacional e adaptativo, mas também observar de forma mais consistente os seus efeitos a médio e longo prazo. A continuidade do acompanhamento após o nascimento poderá igualmente favorecer uma avaliação mais robusta do impacto da intervenção ao nível da saúde mental, da vinculação e da parentalidade positiva.

Considera-se ainda importante aperfeiçoar o modelo de avaliação do projeto, assegurando a recolha de dados em momentos comparáveis antes e após a intervenção em todas as variáveis em estudo. Esta medida permitiria avaliar de forma mais objetiva o impacto da intervenção, nomeadamente no domínio da parentalidade positiva, ultrapassando algumas das limitações metodológicas identificadas. Do mesmo modo, poderá ser útil complementar a avaliação quantitativa com indicadores qualitativos, permitindo captar perceções, significados e benefícios subjetivos experienciados pelos participantes. Adicionalmente, recomenda-se o reforço dos conteúdos relacionados com saúde mental perinatal, vinculação e coparentalidade, dada a relevância destes domínios na adaptação à parentalidade e os resultados obtidos no presente projeto. A integração de estratégias mais direcionadas para a gestão emocional, prevenção do distress parental, promoção da vinculação precoce e fortalecimento da relação conjugal e coparental poderá potenciar os ganhos em saúde e aumentar a eficácia da intervenção.

Por fim, considera-se pertinente promover uma maior articulação institucional e organizacional, de forma a criar condições para a sustentabilidade e eventual replicação do projeto noutros contextos. A integração deste tipo de intervenção nas respostas regulares da UCC poderá constituir uma estratégia relevante para a consolidação de práticas de enfermagem especializadas orientadas para a promoção da saúde mental perinatal e para o apoio à transição para a parentalidade.

Em síntese, as medidas corretivas propostas visam reforçar a qualidade metodológica, a continuidade assistencial e a eficácia da intervenção, contribuindo para o aperfeiçoamento do projeto e para o desenvolvimento de respostas mais ajustadas às necessidades dos casais grávidos e das suas famílias.

1.8. Reconhecer e Partilhar o Sucesso

O reconhecimento e a partilha do sucesso constituem uma etapa fundamental dos PMCQCE, na medida em que permite valorizar os contributos do projeto, disseminar os resultados alcançados e promover uma cultura de reflexão e aprendizagem em equipa. Neste contexto, considera-se pertinente a divulgação do projeto no âmbito da formação em serviço e/ou em eventos formativos da instituição, com vista à partilha das principais conclusões, dos ganhos em saúde identificados e das oportunidades de melhoria. Para além de favorecer o reconhecimento da intervenção desenvolvida, esta disseminação poderá potenciar a sensibilização dos profissionais para a importância da saúde mental perinatal, reforçar a visibilidade do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, estimular a continuidade ou replicação futura de intervenções semelhantes.

Considerações Finais

A elaboração do presente relatório assinala o encerramento de um ciclo académico, mas também de um percurso profundamente transformador enquanto pessoa e enquanto enfermeira. A elaboração do presente relatório constituiu um exercício integrador de reflexão, análise e síntese sobre este percurso formativo, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao longo dos três contextos de estágio (internamento, comunidade e respostas diferenciadas) foi possível consolidar conhecimentos, mobilizar referenciais teóricos e normativos, desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, num processo marcado pela articulação entre teoria, prática e reflexão crítica.

Os diferentes contextos de aprendizagem permitiram compreender, de forma mais aprofundada, a complexidade da intervenção especializada em saúde mental junto da pessoa, família, grupos e comunidade. Em contexto de internamento, destacou-se a importância da relação terapêutica, da reabilitação psicossocial e da promoção da autonomia da pessoa com doença mental crónica. No contexto comunitário, tornou-se evidente o papel do EESMP na promoção da saúde mental, prevenção da doença, deteção precoce de situações de risco e articulação entre diferentes recursos e estruturas da comunidade. Já no contexto de respostas diferenciadas, foi particularmente relevante a compreensão da especificidade da intervenção em saúde mental infantojuvenil, da abordagem sistémica e centrada na família e da necessidade de respostas integradas e colaborativas.

A análise das competências desenvolvidas ao longo deste percurso permitiu reconhecer a evolução progressiva da prática, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Paralelamente, o desenvolvimento das competências específicas do EESMP evidenciou a importância do autoconhecimento, da capacidade de avaliação diagnóstica, do planeamento e implementação de intervenções especializadas e da utilização intencional da relação terapêutica como instrumento de cuidado. Este processo contribuiu não só para a consolidação da identidade profissional enquanto futura EESMP, mas também para um maior conhecimento de mim própria enquanto pessoa e enfermeira.

No âmbito do projeto de melhoria contínua da qualidade, subordinado ao tema Promoção da Parentalidade Positiva em Casais Grávidos, foi possível aprofundar a importância da intervenção do EESMP na saúde mental perinatal e na transição para a parentalidade. O projeto revelou-se pertinente do ponto de vista clínico e assistencial, ao incidir sobre uma área sensível e frequentemente subvalorizada, permitindo dar visibilidade ao potencial contributo da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica junto desta população. Apesar de os resultados obtidos não terem permitido demonstrar, de forma estatisticamente significativa, benefícios claros em todas as variáveis estudadas, a sua análise possibilitou identificar tendências, limitações metodológicas, necessidades de melhoria, reforçando a importância de intervenções estruturadas, precoces e sustentadas nesta área.

A reflexão sobre os resultados obtidos no PMCQCE desenvolvido permitiu reconhecer que a ausência de melhorias estatisticamente significativas não invalida a relevância clínica da intervenção, nem exclui a possibilidade de benefícios nas pessoas, quer a nível da promoção da sua saúde mental e prevenção de doença mental, não plenamente captados pelos instrumentos de avaliação utilizados. No domínio da vinculação parental, os resultados sugeriram a manutenção de níveis globalmente elevados de vinculação quer no período pré-natal quer no pós-natal, ainda que com oscilações em dimensões específicas, nomeadamente na qualidade da vinculação materna. Do mesmo modo, no âmbito da saúde mental parental, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois

momentos de avaliação, embora a análise descritiva tenha evidenciado trajetórias individuais distintas. Relativamente à parentalidade positiva, os resultados revelaram níveis elevados em ambos os elementos do casal, ainda que a avaliação realizada não tenha permitido testar diretamente o efeito da intervenção ao longo do tempo. Acresce que os questionários de satisfação aplicados evidenciaram uma percepção favorável dos participantes relativamente à pertinência e utilidade do projeto. Neste sentido, tornou-se evidentes a necessidade de amostras mais alargadas, o acompanhamento mais prolongado, mantendo esse acompanhamento no período pós-parto, o reforço do envolvimento paterno e o aperfeiçoamento dos modelos de avaliação. Assim, o projeto constituiu não apenas uma experiência de investigação aplicada e de melhoria da qualidade, mas também um importante instrumento de aprendizagem e de qualificação da prática.

Globalmente, este percurso permitiu-me concluir que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel diferenciador e insubstituível na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento, na reabilitação psicossocial e na capacitação das pessoas e famílias ao longo do ciclo de vida.

O caminho percorrido ao longo deste mestrado traduziu-se num crescimento profissional e pessoal significativo, reforçando a motivação para o exercício futuro de uma prática especializada reflexiva, ética, baseada na evidência e centrada na pessoa.

Em suma, este relatório espelha um percurso de aprendizagem exigente, mas profundamente enriquecedor, que contribuiu para a construção de uma identidade profissional mais sólida, crítica e consciente, sustentando o compromisso com a excelência dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Referências Bibliográficas

- Almeida, I. I. (2017). "Emoções" - Um projeto para o desenvolvimento socioemocional em idade pré-escolar. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.
Obtido de
<https://baes.uc.pt/bitstream/10316/83924/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20In%C3%AAs%20Almeida.pdf>
- Alves, S. P., Costa, T., Ribeiro, I., Néné, M., & Sequeira, C. (janeiro de 2023). Perinatal mental health counselling programme: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 106, 170-179. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.347>
- Alves, S. P., Ribeiro, I., Sequeira, C., & Néné, M. (2023). Programa de aconselhamento em enfermagem de saúde mental perinatal. doi:10.13140/RG.2.2.17943.14241
- Apóstolo, J. L. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. Em I. Leal, *Psicologia da grávida e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bellhouse, C., Newman, L., Bilardi, J. E., & Temple-Smith, M. (9 de agosto de 2021). A systematic narrative review of psychological interventions available in the antenatal period to prepare parents for parenting. *Current Psychology*, 8733 a 8746. doi:<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02138-z>
- Bieleninik, Ł., Lutkiewicz, K., Jurek, P., & Bidzan, M. (2021). Paternal Postpartum Bonding and Its Predictors in the Early Postpartum Period: Cross-Sectional Study in a Polish Cohort. *Front Psychol*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.628650
- Boswell, J. F., Sauer, S. E., Gallagher, M. W., Delgado, N., & Barlow, D. H. (abril de 24 de 2012). Readiness to change as a moderator of outcome in transdiagnostic treatment. *Psychotherapy Research*, 22(5), 570-578. doi:10.1080/10503307.2012.688884
- Brás, A., Bento, G., Costa, S., & Rousselot, V. (2024 de setembro de 2024). *Manual de Acolhimento do Aluno - Unidade de Cuidados na Comunidade Maria Dias Ferreira*. Ferreira do Zêzere.
- Caiano, P. M. (maio de 2020). Escala de rastreio na ansiedade perinatal - validação portuguesa para o pós-parto. Obtido em 08 de janeiro de 2025, de
<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/97659/1/ERAP%20PP%20-%20Patr%C3%adcia%20Caiano%20FIM.pdf>
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2010). Padrões de Vinculação Pré-Natal: contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*(28), 7-21. Obtido em 05 de janeiro de 2025, de
https://www.researchgate.net/publication/271842646_Padroes_de_Vinculacao_Pre-Natal_Contributos_para_a_adaptacao_da_Maternal_and_Paternal_Antenatal_Attachment_Scale_em_casais_durante_o_2_trimestre_de_gravidez_na_regiao_centro_de_Portugal
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLogos*, 15(1).

- Carvalho, Á., Amann, G. V., & Almeida, C. T. (2019). *Saúde Mental em Saúde Escolar: Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- César-Santos, B., Bastos, F., Dias, A., & Campos, M. J. (2024). Family Nursing Care during the Transition to Parenthood: A Scoping Review. *Healthcare* 2024, 12(5). doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare12050515>
- Chien, L., Chu, H., Liao, Y., Chang, L., Chen, C., & Chou, K. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089-1098. doi:10.1002/gps.2660
- Chimuco, A. G. (abril de 2017). Vinculação parental materna e paterna: uma comparação entre o pré e o pós-parto. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa*.
- Clotet, J. (2003). *Bioética uma aproximação*. Brasil: Edipucrs.
- Coates, D., & Foureur, M. (2019). The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health and a Social Care*, e389-e405. doi:10.1111/hsc.12740
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (13 de dezembro de 2006). Recomendação Rec (2006)19. *Recomendação Rec (2006)19 do comité de ministros do Conselho da Europa para os estados-membro sobre a política de apoio à parentalidade positiva*, p. 3. Obtido em 22 de dezembro de 2024, de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomenda%C3%A7%C3%A3o+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94>
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2020). *Mais Capacitação*. Obtido em 01 de dezembro de 2025, de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/94741/Programa+Mais+Fam%C3%ADlia+Mais+Jovem/9c0adaff-a57c-4a21-892c-06864b8be24e>
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. (2016). *Guia de requisitos mínimos de intervenção em situações de violência doméstica e violência de género*. Obtido em 24 de setembro de 2025, de <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Guia-de-requisitos-m%C3%ADnimos-de-interven%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%B5es-de-viol%C3%A2ncia-dom%C3%A9stica-e-viol%C3%A2ncia-de-g%C3%A9nero.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa. Obtido em 20 de dezembro de 2024, de Conselho Nacional de Saúde: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. (2025). Funções gerais do Terapeuta de Referência nas ECSM-IA.
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro do Ministério da Saúde. (07 de novembro de 2023). (Diário da República, 1ª série), pp. 4-20. Obtido em 13 de setembro de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

- Decreto-Lei n.º28/2008, de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. (22 de fevereiro de 2008). (Diário da República, 1ª série - n.º38), pp. 1182-1189. Obtido em 13 de setembro de 2025, de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Diminic, S., Hielscher, E., Lee, Y. Y., Harris, M., Schess, J., Kealton, J., & Whiteford, H. (2016). *The economic value of informal mental health caring in Australia: technical report*. Brisbane: The University of Queensland Australia.
- Direção-geral da Educação. (2023). *Notícias: Projeto “Let’s Talk About Children”*. Obtido em 01 de dezembro de 2025, de <https://www.dge.mec.pt/noticias/projeto-lets-talk-about-children>
- Direção-Geral de Saúde. (18 de 12 de 2014). Norma I - Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool. Obtido em 16 de 10 de 2025, de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-do-alcool-no-adulto/>
- Döblin, S., Seefeld , L., Weise, V., Kopp, M., Knappe, S., Asselmann, E., . . . Garthus-Niegel , S. (2023). The impact of mode of delivery on parent-infant-bonding and the mediating role of birth experience: a comparison of mothers and fathers within the longitudinal cohort study DREAM. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23(285). doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-023-05611-8>
- Doussa, H. v., Hegarty, M., Sanders, B., Cuff, R., Tivendale, K., McLean, S. A., & Goodyear, M. (2023). Peer support for children of parents with mental illness (COPMI) in Australia: responses from children, parents and facilitators of the CHAMPS peer support program. *Advances in Mental Health*, 21(1), 55-66. doi:<https://doi.org/10.1080/18387357.2022.2075411>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, E. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Elias, M. T. (2014). As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental. *As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental*. Obtido em 17 de maio de 2025, de <http://hdl.handle.net/10400.26/16277>
- Eskin, M. (2012). *Problem solving therapy in the clinical practice*. Newnes.
- Feinberg, M. E., Jones, D., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrental, D. B. (2016). Couple-Focused Prevention at the Transition to Parenthood, a Randomized Trial: Effects on Coparenting, Parenting, Family Violence, and Parent and Child Adjustment. *Prev Sci*, 17(6), 751-64. doi:10.1007/s11121-016-0674-z
- Ferreira, Z. G. (fevereiro de 2013). Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada – Estilos de Vida Saudáveis. Obtido em 29 de abril de 2025, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4347/1/Trabalho%20de%20Projeto%20-%201.%C2%BA%20curso%20de%20Mestrado%20ESMP.pdf>
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (2ª ed.). London: Sage.
- Freire, C. A. (fevereiro de 2013). A Prática da Gestão de Caso na Unidade de Cuidados na Comunidade. *Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção do Grau de*

- Mestre na Especialidade de Enfermagem Comunitária*. Obtido em 04 de dezembro de 2025, de <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstreams/0c8a0252-8d5d-444a-9900-450ac7401ca5/download>
- Galvão, R. S. (2020). Treino de Competências Sociais da Pessoa com Esquizofrenia: Intervenção Especializada em Enfermagem de Saúde Mental no Domínio do Funcionamento Social. (I. P.-E. Saúde, Ed.) Obtido em 06 de junho de 2025, de <http://hdl.handle.net/10400.26/35204>
- García-Campayo, J. (2018). *Mindfulness: Nuevo Manual Práctico*. Barcelona: Siglanta.
- Gartland, D., Riggs, E., Muyeen, S., Giallo, R., Afif, T. O., MacMillan, H., . . . Brown, S. J. (2019). What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2018-024870
- Gaspar, M. F. (2013). *Intervenção individual com o programa Parentalidade Sábia (Parenting Wisely - Teens): Parent Support Advisors (PSAs)*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing*. Oxford, Reino Unido: Oxford Brookes University. Obtido em 15 de abril de 2025, de <https://thoughtsmostlyaboutlearning.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Gladstone, T., Diehl, A., Thomann, L., & Beardslee, W. (2019). The Association Between Parental Depression and Child Psychosocial Intervention Outcomes: Directions for Future Research. *Harvard Review of Psychiatry*, 27(4), 241-253. doi:10.1097/HRP.0000000000000214
- Gomes, I. C. (25 de outubro de 2010). O impacto do suporte social e do locus de controlo na deficiência física adquirida. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*. Obtido em 30 de setembro de 2025, de <https://hdl.handle.net/10216/118934>
- Gomes, R. M. (2020). Perda e Luto em cuidadores informais de pessoas mais velhas: "ser mãe e deixar de ser filha". *Tese de Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Viana do Castelo*. Obtido de <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2548>
- Gueguen, C. (2024). *Por uma infância feliz: uma nova educação de acordo com as descobertas recentes sobre o cérebro humano*. nVersos.
- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Hoghughi, M. (2004). Parenting: an introduction. Em M. Hoghughi, & N. Long, *Handbook Parenting: theory and research for practice* (pp. 1-18). London: Sage Publications.
- Hosman, C. M., Doesum, K. T., & Santvoort, F. v. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250-263. doi:doi.org/10.5172/jamh.8.3.250
- International Council of Nurses, & Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de enfermagem - edição portuguesa*. Genébra, Suíça: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

- Jacinto, S. M. (2014). Prontidão para a mudança em enfermeiros no contexto hospitalar: associação com job engagement e percepção de autoeficácia. *Dissertação de Mestrado da Universidade Lusófona*. Obtido em 18 de outubro de 2025, de <http://hdl.handle.net/10437/5325>
- Jiang, V., Galin, A., & Lea, X. (30 de agosto de 2024). Life review for older adults: an integrative review. *24*, pp. 1402-1417. doi:10.1111/psyg.13194
- Johns, C. (2013). *Becoming a Reflective Practitioner* (4ª edição ed.). Wiley-Blackwell. Obtido em 14 de fevereiro de 2026, de <https://download.e-bookshelf.de/download/0003/7447/03/L-G-0003744703-0002367559.pdf>
- Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. St Louis: Mosby.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1982). *Parent-infant bonding 2nd edition*. St. Louis: Mosby.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1997). The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*.
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Can J Psychiatry*, *59*(11), 565-568. doi:10.1177/070674371405901101
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prentice Hall. Obtido em 15 de novembro de 2025, de https://www.researchgate.net/publication/235701029_Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development
- Laranjeira, C., & Gomes, J. C. (2025). *Planeamento dos Ensinos Clínicos: ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com relatório*. Leiria.
- Lei de Saúde Mental, Lei nº 35/2023, Ministério da Saúde. (21 de julho de 2023). Lei nº 35/2023. *Lei de Saúde Mental*. Obtido em 08 de junho de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Trends in Psychology*, *25*(1), 17-28. doi:10.9788/TP2017.1-02
- Lurigio, A. J., Nesi, D., & Meyers, S. M. (2024). Nonsuicidal self injury among young adults and adolescents: Historical, cultural and clinical understandings. *Social Work in Mental Health*, *22*(1), 122-148. doi:10.1080/15332985.2023.2264434
- Maia, C., Ratinho, S., Correia, P., & Marques, C. (2023). *Princípios Orientadores para o Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental da Infância e Adolescência (ECISM-IA)*. (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Coordenador: Miguel Xavier). Obtido em 25 de novembro de 2025, de https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/Princi%CC%81pios-orientadores-CSM-_V5.pdf
- Maia, T., Pereira, C., Marau, J., Loureiro, M., & Toscano, L. (2021). Semente - Um programa de promoção da saúde mental nos filhos de pessoas com doença psiquiátrica (COPMI). *Psilogos*, *19*(1 e 2), 95-108. doi:<https://doi.org/10.25752/psi.33678>

- Marques, R., & Dixe, M. A. (2012). Promoção da esperança nos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada: RSL. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 367-376. Obtido de <https://files.core.ac.uk/download/72045728.pdf>
- Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lisboa: Lidel.
- Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lisboa: Lidel.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application* (6ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 418-425. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- Martins, M. G., Machado, A. P., Gouveia, M. C., Carvalho, P. S., & Renca, P. F. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* (1ª edição ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Martins, S. P. (22 de Julho de 2019). Percções de pais e profissionais de saúde dos apoios à parentalidade positiva. Um estudo das dimensões e determinantes das necessidades de apoio. *Percções de pais e profissionais de saúde dos apoios à parentalidade positiva. Um estudo das dimensões e determinantes das necessidades de apoio*. Obtido em 20 de dezembro de 2024, de <https://hdl.handle.net/1822/66109>
- Martins, S., Augusto, C., Silva, M. J., Duarte, A., Martins, F., & Rosário, R. (2022). Positive parenting and its relation to socioemotional development in children. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 9(0), 118 a 131. doi:<https://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2022.9.0.8908>
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLOS ONE*, 14(7), 1-28. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (setembro de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi:<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (28 de janeiro de 2023). Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Obtido em 24 de dezembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>
- Micheli, D., Formigoni, M. L., & Carneiro, A. P. (2016). *SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação* (9 ed., Vol. 4). Brasília. Obtido em 20 de 10 de 2025, de https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod4.pdf
- Milheiro, G. (2021). *Plano de ação serviços de prestação de cuidados: serviço de pedopsiquiatria triénio 2021/2023*. Leiria: Centro Hospitalar Leiria.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(2), 129-140. doi:10.1017/S1352465809005128

- Missler, M., Straten, A. V., Denissen, J., Donker, T., & Beijers, R. (31 de outubro de 2020). Effectiveness of a psycho-educational intervention for expecting parents to prevent postpartum parenting stress, depression and anxiety: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*(20:658), 1-18. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03341-9>
- Mónico, L. S., Custódio, J. R., & Frazão, A. A. (2012). The informal caregiver of dependent elderly: levels of burden and related variables. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 149-160. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832340015.pdf>
- Mónico, L. S., Custódio, J. R., Frazão, A. A., Parreira, P., Correia, S., & Fonseca, C. (2017). A família no cuidado aos seus idosos: gestão da sobrecarga e estratégias para enfrentar dificuldades. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 3(2). Obtido em 25 de outubro de 2025, de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22864/1/210-828-1-PB%20%282%29.pdf>
- Oikarainen, A., Jylhä, V., Perälä, M. L., & Holopainen, A. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. Organização Mundial de Saúde. Obtido em 31 de outubro de 2025, de <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ab944e49-568d-4f66-bb2b-56a22f6ca99c/content>
- Oliveira, J. M., Alvarenga, P., Paixão, C., & Sales, P. K. (2023). Systematic Review of Interventions with Parents in the Transition to Parenthood. *Psicologia: teoria e prática*, 25(2). doi:<https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpcp14839.en>
- ONU. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Ordem dos Enfermeiros. (fevereiro de 2011). CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Obtido em 24 de dezembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 08 de dezembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Obtido em 31 de outubro de 2025, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de setembro de 2015). Código Deontológico. *Lei nº 156/2015, de 16 de setembro*. Obtido em 19 de junho de 2025, de <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer nº 01/2017: Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (07 de Agosto de 2018). Ordem dos Enfermeiros Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª série(151), 21427-21430. Obtido em 08 de novembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (07 de junho de 2018). Parecer do Conselho de Enfermagem nº 101/2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (06 de Fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série*(26), 4744-4750. Obtido em 08 de novembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (21 de janeiro de 2023). Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nº 47/2023. *Clarificação de Conceitos no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Organização Mundial de Saúde. (01 de setembro de 2025). *Adolescent mental health*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pais Ribeiro, L. J. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1ª edição ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda. Obtido em 03 de abril de 2025
- Park, S., Kim, J., Oh, J., & Ahn, S. (2020). Effects of psychoeducation on the mental health and relationships of pregnant couples: A systemic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 104. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103439>
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2012). The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012(1), 1-7. doi:10.1155/2012/638267
- Payne, R. (2000). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. (2ª edição ed.). Loures: Lusociência.
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, série IV*(11), 121-131. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, D., & Pereira, J. (2022). *Raciocínio Clínico em Psiquiatria 1*. Lisboa: Lidel.
- Pires, M., Nunes, O., Brites, R., Hipólito, J., Vasconcelos, M. L., & Spitz, E. (2014). Maternal Post-Attachment Scale (MPAS): validation studies to the Portuguese population. *EHPs: European Health Psychology Society*, 26-30. Obtido em 02 de janeiro de 2025, de https://www.academia.edu/10640894/Maternal_Post_Attachment_Scale_Validation_Studies_to_the_Portuguese_Population_The_European_Health_Psychologist_16_
- Pires, M., Nunes, O., Brites, R., Hipólito, J., Vasconcelos, M. L., & Spitz, E. (2014). Paternal Post-Attachment Scale (PPAS): validation studies to the Portuguese population. *EHOs: European Health Psychology Society*, 26-30. Obtido em 03 de janeiro de 2025, de https://www.researchgate.net/publication/325454869_Pires_M_Nunes_O_Brites_R_Hipolito_J_Vasconcelos_M_L_Spitz_E_2014_Paternal_Post-Attachment_Scale_Validation_studies_to_the_Portuguese_population_28th_Conference_of_the_European_Health_Psychology_Societ
- Pires, N. S. (15 de junho de 2023). The benefits of physical activity on mental health. Obtido em 10 de junho de 2025, de <https://hdl.handle.net/10316/111311>

- Power, J., Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., O'Hanlon, B., Cuff, R., & Perlesz, A. (2016). Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal of Social Work*, 16(1), 66-82. doi:<https://doi.org/10.1177/1468017314568081>
- Querido, A. I. (outubro de 2012). A promoção da esperança em fim de vida: Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva. *Universidade Católica Portuguesa*. Obtido em 03 de outubro de 2025, de <http://hdl.handle.net/10400.8/4050>
- Querido, A., Tomás, C., & Laranjeira, C. (2019). *Evidências em Saúde Mental: da conceção à ação*. Leiria. doi:<https://doi.org/10.25766/m459-3b92>
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. (22 de outubro de 2011). *Ordem dos Enfermeiros, Assembleia Geral Extraordinária 22.10.2011*. Obtido em 24 de dezembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas da Ordem dos Enfermeiros. (06 de Fevereiro de 2019). *Diário da República, 2ª Série*(26), 4744-4750. Obtido em 08 de novembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros, de 07 de agosto. (07 de Agosto de 2018). *Diário da República, 2ª série*(151), 21427-21430. Obtido em 08 de novembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Ribeiro, C., Loureiro, A. C., & Mesquita, C. (2021). Igualdade de género: uma revisão sistemática da literatura com o foco nas crianças e nos agentes educativos. *Liberdade Equidade e Emancipação. Atas do XV Congresso da SPCE* (pp. 281-289). Portugal: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação* (3ª edição ed.). Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A. L., Ericksen, J., Watson, B., Gemmill, A. W., & Milgrom, J. (2022). Interventions for Perinatal Depression and Anxiety in Fathers: A Mini-Review. *Front Psychol*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.744921
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M. O., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M. O., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 15 de outubro de 2025, de https://www.researchgate.net/publication/374199594_Guia_Orientador_de_Boas_Praticas_de_Intervencao_Psicoterapeutica_de_Enfermagem

- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R. P., Façanha, J. N., Marques, L. A., Matos, M. E., . . . Quaresma, M. H. (2021). *Mais Contigo 2021 - Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R. P., Façanha, J. N., Marques, L. A., Matos, M. E., . . . Quaresma, M. H. (2021). *Mais Contigo 2021 - Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Schon, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. United States of America: Basic Books. Obtido de https://raggeduniversity.co.uk/wp-content/uploads/2025/03/1_x_Donald-A.-Schon-The-Reflective-Practitioner_-How-Professionals-Think-In-Action-Basic-Books-1984_redactedaa_compressed3.pdf
- Schultz, V. G., Schwartz, E., Oliveira, S. G., Spagnolo, L. M., & Paula, E. A. (2019). Sentimientos de los cuidadores familiares de pacientes adultos hospitalizados: Revisión Integrativa. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*(37). doi:10.15517/revenf.v0iNo. 37.34456
- Seabra, A., Pedrosa, I., & Bernardino, J. (2022). Promoção de igualdade de género e de oportunidades nas tecnologias: um caso prático. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 425-438. Obtido em 24 de setembro de 2025, de <https://www.proquest.com/openview/b0d776e0f9764e846ef307ce459631/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1006393>
- Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Obtido em 20 de dezembro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel.
- Sharp, A. (2013). Exam culture and suicidal behaviour among young people. *Education and Health*, 31(1), 7-11. Obtido em 26 de dezembro de 2025, de <https://sheu.org.uk/sheux/EH/eh311as.pdf>
- Shorey, S., & Chan, V. (2020). Paternal mental health during the perinatal period: A qualitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 76(6), 1307–1319. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.14325>
- Silva, A. I., & Paixão, C. C. (2023). A influência das emoções na sobrecarga do cuidador informal. Em E. M. Ferreira, *Teoria e pesquisa em psicologia 2* (pp. 72-83). Brasil: Atena Editora.
- Smythe, K. L., Petersen, I., & Schartau, P. (2022). Prevalence of Perinatal Depression and Anxiety in Both Parents. *JAMA Netw Open*, 5(6). doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.18969
- SNS. (10 de outubro de 2022). *Dia Mundial da Saúde Mental*. Obtido em 02 de outubro de 2025, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/10/10/dia-mundial-da-saude-mental-10/>
- Souza, E. d., & Pedroso, J. d. (2011). O Papel do Exame Ultrassonográfico na Representação do Bebê Imaginário em Primigestas. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, XI(4), 1491-1520. Obtido em 04 de abril de 2026, de <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n4/08.pdf>

- Speth, C. (2023). *A Análise SWOT*. 50Minutes.com. doi:9782808065511
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10ª ed.). Elsevier.
- Suzuki, D., Ohashi, Y., Shinohara, E., Usui, Y., Yamada, F., Yamaji, N., . . . Ota, E. (2022). The Current Concept of Paternal Bonding: A Systematic Scoping Review. *Healthcare* 2022, 10(11), 1-21. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare10112265>
- Tabayashi, M., Sato, T., & Yamazaki, A. (2025). The father's attachment to the fetus and related factors in late pregnancy: a longitudinal study using a path analysis model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(1), 1-10. doi:10.1186/s12884-025-08359-5
- Tabayashi, M., Sato, T., Kawahar, T., & Yamazaki, A. (2026). The father's attachment to the fetus and related factors in late pregnancy: a longitudinal study using a path analysis model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 26(17). doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-025-08359-5>
- Teixeira, S. B. (2017). Alexitimia, processamento emocional, regulação emocional e sintomatologia. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade de Lisboa*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/33771>
- Thomas, A., Walsh, T., Quince, H., White, J., & Blackwell, D. (2025). Father involvement in pregnancy and attachment to their baby: Depression and partner relationships in a sample of Black fathers. *Infant Mental Health Journal*, 47(1), 1-10. doi: 10.1002/imhj.70065
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Torres, G. H., Martí, A. C., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Mindfulness-based psychological interventions and benefits: State of the art*, 27(3), pp. 115-124. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição ed.). Loures: Lusociência.
- Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., Vedova, A. M., & Rollè, L. (2021). Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.620942
- Unidade Local de Saúde Região de Leiria. (2025). Obtido de Especialidades Médica: Psiquiatria da Infância e da Adolescência: <https://www.ulsrl.min-saude.pt/especialidades-medicas/psiquiatria-infancia-adolescencia/>
- Unidade Local de Saúde Região de Leiria. (2025). Obtido em 29 de novembro de 2025, de <https://www.ulsrl.min-saude.pt/especialidades-medicas/psiquiatria/>
- Universidade de Coimbra. (2018). *Os Programas Anos Incríveis*. Obtido de Anos Incríveis - projeto de investigação: Anos Incríveis para a promoção da Saúde Mental: <https://www.uc.pt/fpce/anosincriveis/osprogramas>
- Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). *Evidências em Saúde Mental: da conceção à ação - atividade psicomotora e comportamento auto e heteroagressivo*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde. doi:<https://doi.org/10.25766/zn76-2w06>

- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios. *Acta Médica Portuguesa*, 1011-1016. Obtido em 13 de maio de 2025, de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/748/425>
- Vaz, F. J. (2009). Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa. *Universidade do Minho: Tese de Mestrado em Psicologia*. Obtido em 26 de outubro de 2025, de <https://repositorium.uminho.pt/server/api/core/bitstreams/dd5c08db-824f-4655-9600-01d314db57f1/content>
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. d., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 278-295. doi:<http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Webster-Stratton, C. (2022). *Anos Incríveis: Guia de Resolução de Problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Westefeld, J. S., Button, C., Jr, J. T., Kettmann, J. J., MacConnell, J., Sandil, R., & Tallman, B. (2006). College student suicide: a call to action. *Death Studies*, 30(10), 931-956. doi:10.1080/07481180600887130
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 287-294. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.017>
- Wilson, D., & Hockenberry, M. J. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª edição. Loures: Lusociência.
- Witkowska-Zimny, M., Zhyvotovska, A., Isakov, R., Boiko, D. I., & Nieradko-Iwanicka, B. (2024). Maternal Sleeping Problems Before and After Childbirth - A Systematic Review. *International Journal of Women's Health*, 16, 345-371. doi:<https://doi.org/10.2147/IJWH.S446490>
- World Health Organization. (26 de outubro de 2006). *Constitution of the World Health Organization*. Obtido em 26 de dezembro de 2025, de World Health Organization: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/basic-documents-constitution-of-who179f0d3d-a613-4760-8801-811dfce250af.pdf?sfvrsn=e8fb384f_1&download=true
- World Health Organization. (17 de junho de 2022). *Mental health*. Obtido em 26 de dezembro de 2025, de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Obtido em 28 de dezembro de 2024, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (24 de setembro de 2025). *Saúde mental*. Obtido em 02 de outubro de 2025, de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

