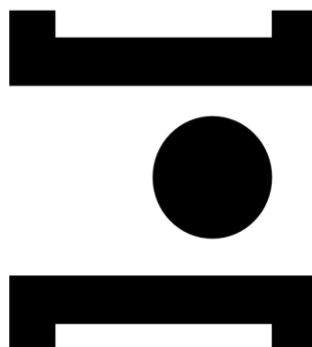


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

MUSICOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA ADAPTATIVA PARA O RECÉM-NASCIDO À
VIDA EXTRAUTERINA

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Natalina Henriques Barros

Orientação:

Professora Açucena de Jesus Galhanas Guerra

Dezembro, 2023

A Música é a evocação da Mãe, é repetir a relação com ela e com a Natureza porque é no espaço íntimo e fusional da noite uterina que ocorrem baladas amnióticas ao ritmo do coração.

(Pocinho, 2007)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo amor, cuidado e imensa bondade e proteção que trilhou para o meu caminho.

Ao meu **noivo** pelo infinito suporte e motivação nesta aventura, e ajuda em todos os campos em que eu não consegui estar disponível ao longo destes dois anos. Obrigada pela compreensão, amor, e compaixão de todos os momentos, os de vitória e os de derrota e naqueles em que a vida parecia ter-nos pregado uma rasteira, mas que no fim se traduziu num momento de fortalecimento e aproximação dos dois. Obrigada pelo apoio no *standby* das nossas vidas que este meu objetivo imprimiu naquela que é também a tua vida. Que este esforço se traduza numa incrível jornada a dois.

À minha **família**, pelo tempo que não fui capaz de lhes dedicar neste caminho, pela compreensão nos momentos de ausência, incentivo nas fases mais difíceis, preocupação constante ao longo da minha caminhada e amor sempre que nos reencontrávamos. Em especial ao meu **avô**, que no alto da sua sapiência, que os 89 anos lhe deram, sempre me deu força, demonstrou orgulho, comemorou as vitórias comigo e contou em forma decrescente os partos que me faltavam fazer para atingir o número mínimo.

À **professora orientadora, Açucena Guerra**, pela motivação, presença e exigência que demonstrou ao longo do percurso, pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e carinho com que me motivou e acreditou em mim.

Às **pessoas** a quem prestei cuidados, pelo gosto que foi a partilha destes momentos tão emotivos e intensos na vida delas, e também para mim. Foram momentos que marcaram o caminho de ambos, obrigada por me permitirem fazer parte dele.

À **Enfermeira orientadora** pela calma, sabedoria, paciência e confiança. Imprimiu em mim uma postura de calma e tranquilidade que eu suspeitava ter, mas que poucas vezes a havia visto e experienciado. Marcou o meu percurso e a minha atitude enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, obrigada pela dedicação e disponibilidade e pela oportunidade de crescer e aprender com a sua experiência profissional e saber de “perito”.

Às minhas **colegas de trabalho** pela compreensão ao longo do percurso e ajuda na organização do horário para me possibilitarem a presença nos compromissos que esta aventura me exigia.

Às minhas **duas colegas de trabalho e de turma** que me acompanharam, aturaram e incentivaram ao longo deste caminho a três que juntas decidimos iniciar, e que juntas finalizámos. Ninguém deixou ninguém!

...sem vós a concretização deste sonho não seria possível, a todos os que contribuíram para a sua consecução o meu eterno e sentido **OBRIGADA**.

ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS

BP – Bloco de Partos;

DGS – Direção Geral da Saúde;

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

FC – Frequência Cardíaca

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI – *Joanna Brigs Institute*[®]

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

RCTG – Registo Cardiotocográfico;

RN – Recém-nascido;

ScR – *Scoping Review*

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

TP – Trabalho de Parto

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

Objetivo: Mapear a evidência sobre os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Introdução: O feto desenvolve capacidades sensoriais, nomeadamente a audição, ainda durante a gestação sendo o ambiente intrauterino rico em estimulação acústica. O recém-nascido, após o nascimento é confortado pela audição destes sons, sendo o *white noise* um som que evoca o meio intrauterino. A musicoterapia produz efeitos benéficos na dor, conforto, choro e parâmetros vitais dos recém-nascidos como a regulação da frequência cardíaca e respiratória, promoção e indução do sono e fortalecimento da vinculação. Assim a estimulação musical pode ser aplicada para reduzir efeitos adversos e melhorar a adaptação dos recém-nascidos à vida extrauterina.

Critérios de inclusão: Os participantes incluídos são os recém-nascidos. Os conceitos são musicoterapia; *white noise*; trabalho de parto; recém-nascido e vida extrauterina; e o contexto é “open”. Foram incluídos estudos em qualquer idioma, produzidos e publicados em qualquer país do mundo.

Métodos: Foi realizada uma revisão segundo o protocolo de *Scoping Review* preconizado pelo *Joanna Briggs Institute*[®]. Os termos utilizados para a pesquisa foram: “*Infant, Newborn*”; “*Music Therapy*”; “*White noise*”; “*Intrauterine Sounds*”; “*Delivery, Obstetric*”; “*Parturition*”; “*Labor, Obstetric*”; “*Intrapartum, Care*”; “*Postpartum Care*” e “*Postpartum*”, nas bases de dados CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE Complete, MedicLatina, PubMed e Google Scholar em abril de 2023. A pesquisa, a análise, a extração e síntese dos dados foram realizadas pelas revisoras tendo sido excluídos os artigos que não cumpriam os critérios acima referidos.

Resultados: A utilização da musicoterapia traz benefícios ao recém-nascido por melhorar a sua estabilidade hemodinâmica, traz benefícios comportamentais por melhorar o sono e choro e tem implicações benéficas na relação com melhoria do processo de vinculação, tudo situações que melhoram a sua adaptação à vida extrauterina.

Conclusões: A musicoterapia é uma intervenção não invasiva, eficaz e económica que ajuda os enfermeiros na criação de um ambiente de promoção da saúde, bem-estar e conforto que pode ser recomendada como um método alternativo, seguro e não farmacológico para reduzir o *stress* e melhorar o bem-estar materno-fetal e neonatal ajudando o recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Palavras-chave: Musicoterapia; *White noise*; Trabalho de parto, Recém-nascido

ABSTRACT

Aim: *To map the evidence on the benefits of music therapy for the newborn's adaptation to extrauterine life.*

Introduction: *The fetus develops sensory capacities, particularly hearing, during pregnancy and the intrauterine environment is rich in acoustic stimulation. After birth, the newborn is comforted by hearing these sounds, white noise being a sound that evokes the intrauterine environment. Music therapy has beneficial effects on pain, comfort, crying and vital parameters in newborns, such as regulating heart and respiratory rates, promoting and inducing sleep and strengthening attachment. Thus, musical stimulation can be applied to reduce adverse effects and improve the adaptation of newborns to extrauterine life.*

Inclusion criteria: *The participants included are newborn babies. The concepts are music therapy; white noise; labour; newborn and extrauterine life; and the context is "open". Studies in any language, produced and published in any country in the world were included.*

Methods: *A review was carried out according to the Scoping Review protocol recommended by the Joanna Briggs Institute®. The terms used for the search were: "Infant, Newborn"; "Music Therapy"; "White noise"; "Intrauterine Sounds"; "Delivery, Obstetric"; "Parturition"; "Labor, Obstetric"; "Intrapartum, Care"; "Postpartum Care" and "Postpartum", in the CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE Complete, MedicLatina, PubMed and Google Scholar databases in April 2023. The search, analysis, extraction and synthesis of the data were carried out by the reviewers and articles that did not fulfil the above criteria were excluded.*

Results: *The use of music therapy brings benefits to the newborn by improving their haemodynamic stability, it brings behavioural benefits by improving sleep and crying and it has beneficial implications for the relationship by improving the attachment process, all situations that improve their adaptation to extrauterine life.*

Conclusions: *Music therapy is a non-invasive, effective and economical intervention that helps nurses to create an environment that promotes health, well-being and comfort. It can be recommended as an alternative, safe and non-pharmacological method to reduce stress and improve maternal-fetal and neonatal well-being, helping the newborn to adapt to life outside the womb.*

Key-words: *Music therapy; White noise; Labor, Newborn*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. APRENDIZAGENS EM SALA DE PARTOS.....	14
1.1. Caracterização do contexto de estágio.....	14
1.2. Reflexão sobre as atividades desenvolvidas em estágio.....	20
2. MUSICOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA ADAPTATIVA PARA O RECÉM-NASCIDO À VIDA EXTRAUTERINA.....	44
2.1. Conceptualização.....	44
2.2. Teoria do conforto de Kolcaba.....	49
2.3. Metodologia.....	51
2.3.1. Scoping Review	51
2.4. Análise e discussão dos resultados.....	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICES.....	76
APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM.....	77
APÊNDICE II – RELATÓRIO DA SCOPING REVIEW	106
APÊNDICE III – CRUZAMENTO DOS DESCRITORES POR BASES DE DADOS.....	124
APÊNDICE IV – SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	126
ANEXOS	141
ANEXO I – REGISTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	142

Lista de figuras

Figura 1 - PRISMA-ScR.....54

Lista de Quadros

Quadro 1 - Apresentação dos estudos incluídos 57

INTRODUÇÃO

A qualidade em saúde é uma aspiração multiprofissional. Deste modo, o exercício profissional da Enfermagem, e especificamente da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) não poderá ser negligenciado nos esforços, para se obter qualidade em saúde. Os enunciados descritivos que norteiam o caminho para a qualidade nos e, dos cuidados de enfermagem são: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o autocuidado, autocontrolo e mestria; a readaptação funcional às novas condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica (SMO). Os pilares nos quais assenta a visão dos cuidados especializados em ESMO são a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pelo cliente de cuidados naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projeto de saúde (OE, 2022)¹.

O metaparadigma da Enfermagem como conjunto de conceitos centrais que fundamentam a prática do exercício da profissão – Pessoa; Saúde; Ambiente e Enfermagem – garante o mandato social dos enfermeiros. Os referenciais teóricos em Enfermagem sustentam-na enquanto disciplina e profissão legitimando a prática por possibilitarem a exposição do conhecimento diferenciando-a de outros saberes, o que gera autonomia profissional por se desenvolver um conhecimento próprio, conduzindo o enfermeiro à estruturação do pensamento crítico, juízo e tomada de decisão o que tem como efeito a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Alligood, 2011; Silva & Nascimento, 2023).

O referencial teórico que sustenta a conceptualização dos conceitos que fundamentaram o exercício em ESMO ao longo do estágio e que se refletem neste trabalho é o de Katharine Kolcaba na sua Teoria do Conforto. Esta teoria reflete uma abordagem holística para a Enfermagem, destacando a importância do conforto para o bem-estar global da pessoa onde se reconhece que a disciplina de Enfermagem vai muito além do tratamento de sintomas físicos, buscando-se o cuidado integral e, portanto, holístico do indivíduo. Conforto refere-se a um estado imediato e holístico do ser fortalecido através da satisfação das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos de experiência, o físico, o psico-espiritual, o social e o ambiental (Kolcaba, 2003).

¹ Ao longo do trabalho são utilizadas as normas de referências bibliográficas da sétima edição da *American Psychological Association* (2020) para a realização das citações textuais e referências bibliográficas.

No âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMO destaca-se a pessoa cliente de cuidados a Mulher. Ela é entendida como a pessoa no seu todo considerando-se a sua relação com as pessoas significativas e com o ambiente onde vive e se desenvolve. No entanto, durante períodos específicos emergem também outros clientes de cuidados em ESMO, nomeadamente o feto / recém-nascido (RN) (OE, 2022). Deste modo, entende-se por Pessoa como um ser holístico, com necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, onde o conforto é considerado essencial para a saúde e bem-estar do indivíduo (Kolcaba, 2003), sendo por isso o cliente de cuidados de enfermagem a Pessoa enquanto indivíduo único na forma de parturiente e puérpera, mas também, o feto em desenvolvimento e o RN.

Ao longo do presente trabalho, optou-se pela utilização do termo Pessoa ao invés de Mulher. Identidade de género pode ser definida como a experiência interna profundamente sentida e individual do género de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo a perceção pessoal do corpo e outras expressões de género (*International Commission of Jurists*, 2007). Deste modo, ser-se Mulher é mais do que um sinónimo para um indivíduo do sexo feminino, ou ser-se biologicamente do sexo feminino, não quer dizer obrigatoriamente que a pessoa se identifique como Mulher. Assim, decidiu-se utilizar a terminologia Pessoa como conceito mais lato, abrangente e igualitário do que Mulher, continuando a ser o cliente dos cuidados especializados em ESMO a Pessoa (que pode ou não identificar-se como mulher) à exceção de quando o termo mulher ocorre contextualizado da fonte do autor de onde emerge.

O conforto está intrinsecamente ligado à saúde. A promoção do conforto ajuda na recuperação, no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida. No âmbito da SMO o conforto é crucial ao longo da gestação, assumindo um destaque importantíssimo no trabalho de parto (TP) e parto, com efeitos na pessoa parturiente / puérpera, contribuindo para a sua satisfação e experiência positiva com o processo de nascimento, humanizando-se os cuidados. A promoção do conforto tem também efeitos na pessoa enquanto feto / RN contribuindo para o seu desenvolvimento e adaptação à vida extrauterina (Kolcaba, 2003).

O ambiente inclui todos os contextos físicos, mas também emocionais e sociais nos quais a pessoa objeto de cuidados está inserida, destacando-se a importância de um ambiente propício à promoção do conforto tanto no contexto hospitalar como no domiciliário ou comunitário (Kolcaba, 2003). Desta forma, assume-se como ambiente, tanto o ambiente físico da sala de partos, como o ambiente emocional e social abrangendo-se nestes a

atmosfera de apoio e conforto durante o TP e parto, bem como as condições de cuidado neonatal, considerando as necessidades específicas dos RN.

O papel da Enfermagem é facilitar a consecução do conforto da pessoa, envolvendo o cuidar do outro atendendo às suas necessidades. Os enfermeiros identificam as necessidades de conforto da pessoa, planeiam e implementam intervenções que promovam o conforto e o bem-estar e avaliam a eficácia dessas mesmas intervenções (Kolcaba, 2003). Reconhecer a existência de necessidades de conforto é primordial para o desenvolvimento de um cuidado em enfermagem humanizado e holístico, devendo o enfermeiro avaliar as necessidades de conforto da pessoa e intervir ajudando-a a alcançar um estado de conforto que muitas vezes envolve o alívio do sofrimento e do desconforto (Silva & Nascimento, 2023). No contexto de SMO a enfermagem concentra-se no suporte emocional, na promoção do conforto e alívio da dor durante o TP e nos cuidados pós-parto que proporcionem conforto à pessoa parturiente / puérpera e também na prestação de cuidados ao RN com enfoque na gestão ambiental e satisfação de necessidades fisiológicas básicas proporcionando apoio e suporte emocional aos pais e promovendo um ambiente propício à adaptação à vida extrauterina do RN e contribuindo para a vinculação o que tem efeitos benéficos para o seu desenvolvimento.

No exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) responsabiliza-se por intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco, como aquelas que envolvem processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b). O estágio objeto de reflexão teve lugar num bloco de partos (BP) e incorpora a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa grávida, parturiente, puérpera, RN e família. São competências específicas cuidar da pessoa inserida na família e comunidade durante o TP, promovendo a saúde da parturiente e otimizando a adaptação do RN à vida extrauterina.

A fase de adaptação à vida extrauterina é muito importante para o RN por questões biológicas que envolvem modificações funcionais orgânicas imprescindíveis para a sobrevivência (Malveiro, Marçal & Tuna, 2019) mas também, porque engloba questões relacionadas com a vinculação que influenciam essas modificações e estabilidade hemodinâmica do RN sendo este também um cliente de cuidados relevante para os cuidados especializados em ESMO.

O presente documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio IV – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos, inserido no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado em ESMO da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém sob orientação da Professora Açucena Guerra e sob orientação clínica da enfermeira mestre e especialista da prática.

O estágio decorreu ao longo de vinte semanas de duração com início a 27 de fevereiro e término a 21 de julho de 2023, com a carga horária prevista de 760 horas sendo que 560 horas estavam previstas para estágio e 200 horas para elaboração do relatório. Este corresponde ao período previsto de aprendizagem que tem como objetivos, prestar cuidados especializados de enfermagem e integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à pessoa parturiente e RN em situações de saúde e doença; e elaborar o relatório de estágio que será objeto de apreciação e discussão pública.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira que integra a análise reflexiva do percurso formativo à prática especializada em ESMO, onde são descritas as atividades realizadas e competências adquiridas bem como, as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas para as ultrapassar. Estas atividades foram inicialmente planeadas num projeto individual de aprendizagem (Apêndice I) que serviu como instrumento orientador das experiências no contexto e desenvolver conhecimentos e competências da prática especializada.

A segunda parte integra o estudo de uma situação / problema de ESMO que foi identificada no início do ano letivo, sendo a temática selecionada a “Musicoterapia como estratégia adaptativa para o recém-nascido à vida extrauterina”, que reflete o elevado interesse pessoal sobre o mesmo, pretendendo-se perceber se a musicoterapia, na vertente do *white noise*, pode ser utilizada como estratégia auxiliadora do RN para a sua adaptação à vida extrauterina, já que esta intervenção é já utilizada em contexto de neonatologia com efeitos positivos largamente estudados nos RN com patologia associada que integram estes serviços. Podendo esta intervenção ter efeitos benéficos na adaptação do RN à vida extrauterina com consequentes efeitos na estabilidade hemodinâmica do mesmo e no seu desenvolvimento intelectual, relacional e de vinculação considera-se este um tema pertinente para estudo. Assim, a partir da questão de revisão: Quais os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina? foi utilizada como metodologia a realização de uma *scoping review* (ScR).

É pretendido com este relatório, o desenvolvimento de novos saberes que por si contribuem para a aquisição de novas competências e que impulsionam o desenvolvimento de competências do EEESMO contribuindo-se para a descoberta de novas áreas de possível intervenção. Este relatório tem como objetivos gerais: refletir de forma crítica as atividades realizadas em contexto de estágio e o contributo que estas tiveram na aquisição de competências específicas do EEESMO e no desenvolvimento pessoal e profissional nesta área de especialidade enquadrada na aquisição de Grau de Mestre; e identificar quais os benefícios da musicoterapia para a adaptação do RN à vida extrauterina. São objetivos específicos deste relatório: refletir criticamente sobre as atividades e experiências desenvolvidas no Estágio IV que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista; desenvolver espírito crítico reflexivo sobre a prestação de cuidados especializados em ESMO; expor fundamentação enquadrada nos pressupostos da questão de investigação; expor o processo de investigação científica da ScR e colaborar para a sensibilização e divulgação da temática em estudo.

1. APRENDIZAGENS EM SALA DE PARTOS

Neste capítulo será apresentada, a análise e reflexão do contexto e experiências de estágio. O mesmo está organizado em dois subcapítulos.

No primeiro será realizada uma caracterização do contexto de estágio visto que para uma prestação de cuidados com qualidade é também importante conhecer não só a estrutura física, dinâmica funcional e organizacional do local onde decorre o estágio assim como, a sua população-alvo permitindo assim, adequar-se os cuidados de enfermagem prestados tendo em conta as características, necessidades e especificidades quer do contexto, quer das pessoas que recebem cuidados.

No segundo subcapítulo será realizada a reflexão das atividades realizadas ao longo do estágio em sala de partos com recurso idealmente à metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs que compreende seis etapas: 1 – Descrição; 2 – Sentimentos; 3 – Avaliação; 4 – Análise; 5 – Conclusão e 6 – Plano de Ação (Gibbs, 2013).

Ao longo da reflexão realizada e apresentada neste trabalho não será realizada uma estratificação clara destas etapas, no entanto, elas serão a base do pensamento reflexivo realizado. A reflexão sobre as atividades desempenhadas enquanto estudante de mestrado, em contexto de estágio, terá por base o projeto individual de aprendizagem do estágio (Apêndice I), que foi elaborado no início do mesmo onde foram definidos objetivos específicos individuais, planificadas as atividades a serem realizadas que contribuiriam para a consecução dos objetivos, identificados os recursos necessários à execução dessas atividades e a calendarização das mesmas de forma a conseguir-se adquirir as competências comuns e específicas presentes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (OE, 2019a, 2019b).

Em complementaridade às informações descritas neste capítulo, será apresentado o registo de atividades desenvolvidas ao longo deste ensino clínico (Anexo I).

1.1. Caracterização do contexto de estágio

O estágio decorreu numa unidade de saúde pública, de acesso universal, que constitui uma entidade pública empresarial integrada no serviço nacional de saúde (SNS). Segundo a norma da Direção Geral da Saúde (DGS) 001/2023 de 27 de janeiro este hospital pelas suas características classifica-se como um hospital de nível II. O mesmo possui valências

básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório. O hospital de referência assegura a prestação de cuidados diferenciados de saúde à população numa área de influência que integra cerca de 250 mil residentes (SNS, 2023a).

Desde a publicação da Lei n.º 15/2014, do Livre Acesso de 21 de março, a procura do hospital mencionado tem vindo a aumentar e o BP / maternidade não é exceção. No decorrer do estágio verificou-se a afluência de casais, cuja residência não pertencia à área de influência do hospital, e que decidiram recorrer a este por terem boas referências sobre os cuidados prestados com atenção na humanização do parto. A decisão de optar por um serviço geograficamente afastado da sua área de residência tem relação com a idealização do parto do casal, no sentido em que os casais procuram maternidades que tentem proporcionar experiências positivas de parto e que tentem corresponder às suas expectativas.

Verifica-se também o recurso a este hospital de migrantes, muitos que não possuem residência no país, existindo, por isso, uma realidade multicultural subjacente. Os fenómenos migratórios atuais, nomeadamente o elevado fluxo migratório de pessoas provenientes do sudoeste asiático, migrantes de África, refugiados da Ucrânia que procuram título de proteção temporária em Portugal decorrente do contexto de guerra (Ministério da Justiça, 2023) e elevada taxa de imigração de brasileiros para o nosso país, reflete os elevados fluxos existentes também associados à maternidade o que dita a necessidade reflexiva no âmbito da diversidade cultural. Observa-se diversidade nos rituais e comportamentos associados ao processo de nascimento, porque este, na sua vertente cultural, é marcado por crenças e práticas padronizadas (Parreira et al., 2016).

É através da interação entre indivíduos da mesma cultura que se enraízam valores, crenças e práticas ao longo da vida e é isso que constitui a própria cultura daquele grupo. Esta é influenciada pela religião, acontecimentos ambientais e históricos, e desempenha um importante papel no comportamento individual e na interação com os outros, que podem influenciar a forma como os processos de doença / saúde são percecionados (Perry, 2014). Numa sociedade multicultural, é importante a implementação de um modelo de cuidados que proporcione conforto e sentimento de inclusão e pertença, demonstrando-se respeito e abertura pela diversidade cultural de cada um (Cashion, 2014; Parreira et al., 2016). Durante o estágio este foi um dos cuidados tidos pela estudante que procurou a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, que proporcionem conforto, adequando-os à pessoa parturiente, RN e família.

Contíguo ao BP deste hospital encontra-se o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia e o serviço de consultas externas de obstetrícia e ginecologia assim como, o serviço de Neonatologia. Já o serviço de internamento de obstetrícia encontra-se noutra piso do hospital.

Este serviço, estruturalmente tem capacidade para sete utentes internadas sendo que, possui cinco salas de parto e uma sala de recobro que tem capacidade para dois internamentos. Para além destas salas, o BP também tem disponível uma sala operatória para a realização de partos por cesariana, urgentes ou programadas. Esta sala operatória encontra-se totalmente equipada para realização da cirurgia e para os cuidados imediatos ao RN. A sala de enfermagem encontra-se equipada com central de registos cardiocográfico (RCTG) para a vigilância do bem-estar materno-fetal de forma constante que se encontra dotada de computadores para a realização de registos de enfermagem. A sala dos médicos, igualmente dentro do serviço, encontra-se equipada com uma mesma central permitindo e promovendo uma co-vigilância e responsabilidade partilhada na vigilância materno-fetal das pessoas internadas em TP. Na sala de enfermagem está ainda disponível uma incubadora para vigilância do RN nas primeiras horas de vida após o nascimento, em casos de dificuldade de adaptação à vida extrauterina.

Após o parto, a tríade permanece em alojamento conjunto na sala de partos ou na sala de recobro consoante o tipo de parto que ocorreu até se perfizer o período do puerpério imediato. Findo esse período normalmente são transferidos para o serviço de internamento de Obstetrícia. No que respeita aos acompanhantes, o hospital dá a possibilidade de estes acompanharem a pessoa 24h por dia.

As salas de parto estão dotadas de meios para que seja possível oferecer uma experiência calma, intimista, acolhedora e confortável visto que estão preparadas para que seja possível providenciar a vivência de todos os quatro estádios do TP nesse local. São salas amplas que permitem que a pessoa grávida e pessoa significativa lá permaneçam todo o TP possibilitando-lhes meios para que estes participem ativamente no processo contribuindo para os cuidados humanizados, privados e em parceria com o casal. Isto é possível porque as salas estão equipadas com casa de banho individual, cama de parto que permite a verticalização e equipamentos técnicos como a bola obstétrica ou bola amendoim, tudo recursos que possibilitam a liberdade de movimentos. Está também disponível o RCTG por cabo ou telemetria ambos em rede com a central na sala de enfermagem. Após o nascimento estão também, nas salas de parto, disponíveis os recursos para a prestação dos cuidados imediatos ao RN na

presença dos pais, em cooperação com eles, promovendo a relação e vínculo precoce da tríade e amamentação (se fosse esse o seu desejo).

A comunidade científica e saúde mundial, nomeadamente a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem vindo a afirmar e investir em recomendações essenciais para um parto natural e seguro, onde não se descoram os cuidados centrados na pessoa, sendo que as últimas foram emanadas em 2018. Pelo seu relevo, seguidamente serão relatadas algumas das recomendações da OMS (2018) observadas no contexto onde decorreu o estágio.

Era possibilitada e incentivada a presença de acompanhante / pessoa significativa durante o TP sendo este um direito da pessoa parturiente como explanado na Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, Assembleia da República (2019). O serviço do BP apresentava as condições físicas estruturais e logísticas para possibilitar a permanência do acompanhante durante todo o processo de TP e puerpério, desde o momento da admissão até ao momento da alta.

Estavam disponíveis várias medidas de gestão algica no TP, farmacológicas e não farmacológicas. Existindo à disposição uma equipa multidisciplinar de anestesia para a realização de procedimentos de analgesia/ anestesia epidural, sequencial ou bloqueio subaracnoideu e também de meios para a aplicação de técnicas não farmacológicas de gestão da dor no TP nomeadamente liberdade de movimentos e verticalização havendo à disposição bola obstétrica e bola amendoim, hidroterapia (com recurso a duche) ou musicoterapia. Estas medidas eram propostas e utilizadas como recurso valioso pelos EEESMO pelos conhecimentos que estes possuem dos benefícios associados à utilização de medidas não farmacológicas de gestão da dor, indo ao encontro do recomendado pela OMS (2018a) e Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019c).

Era possibilitada a ingestão de comida ou hidratação com líquidos claros, água, gelatinas e chás açucarados tendo em conta a fase do TP em que a parturiente se encontrava e o bem-estar materno e fetal, o que se alinha com as recomendações da OMS (2018a).

Neste contexto, e sendo este um dos indicadores de qualidade avaliados pelo hospital, verificava-se uma atenção à promoção do contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida do RN mesmo nos partos por cesariana. Esta é também uma das recomendações da OMS (2018a) quando refere que os RN sem complicações, devem

ser mantidos em contacto pele-a-pele durante a primeira hora após o nascimento para prevenção de hipotermia e promoção do aleitamento materno. Neste sentido, foi promovido o contacto pele-a-pele, a vinculação precoce entre a díade/ tríade e aleitamento materno com vista à consecução das competências especializadas presentes no RCEEEESMO (OE, 2019b) que identifica estes pontos como atividades que devem ser exercidas pelos EEESMO. Importante o louvor à prática diferenciada de realização do contacto pele-a-pele durante a cesariana, nos RN que reuniam condições para o fazer, sendo respeitado os princípios da universalidade e igualdade no acesso aos cuidados de saúde, á semelhança do que ocorre nos partos vaginais.

Ocorrendo o puerpério imediato na sala de partos era possibilitada uma correta avaliação do tónus uterino com conseqüente monitorização da involução uterina, o que permitia a identificação precoce de situações de atonia uterina ou hemorragia pós-parto conforme recomendado pela OMS (2018a).

No que concerne ao número de partos sabe-se que a natalidade tem vindo a decrescer ao longo dos anos a nível nacional. Segundo dados extraídos da PORDATA (2023a) em 1980 nasceram 159.272 bebés e em 2022 nasceram 83.671 bebés em Portugal. Estes números revelam uma redução de quase metade no número de nascimentos em quatro décadas. Segundo dados da mesma plataforma, o número de partos eutócicos desde 2018 tem decaído progressivamente a cada ano, tendo em 2021 nascido 35.340 bebés de parto eutócico, cerca de menos dois mil partos que no ano anterior. Observou-se, em 2022, um aumento no número de partos eutócicos ocorridos, 37.024, relativamente ao ano anterior (PORDATA, 2023b) que acompanhou também o aumento no número de nascimentos ocorridos em território nacional onde nasceram com vida 83.671 bebés, o que representa um acréscimo de 5,1% relativamente ao ano anterior observando-se assim que o saldo natural se desagravou mas manteve-se negativo em todas as regiões, situação ocorrida não só pelo facto de existir um aumento no número de nascimentos mas também pelo decréscimo no número de óbitos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023).

O hospital onde decorreu o estágio, segundo o SNS (2023b) no ano de 2022, registou 1650 partos, sendo que destes se registaram 525 cesarianas, ou seja, ocorreram 1125 partos por via vaginal. No ano anterior, em 2021 registaram-se menos partos com um total de 1564, e destes 548 foram cesarianas.

A Entidade Reguladora da Saúde (2023) informa ainda que em 2021 o número de partos eutócicos ocorridos, neste contexto de cuidados, foram 776. Acrescenta ainda que nos hospitais do SNS a percentagem de cesarinas no total de partos correspondeu a 30,7%. É possível com estes números analisar que a percentagem de cesarianas no local onde decorreu o estágio foi de 35%, ligeiramente acima da média nacional². Contíguo à assistência ao parto está ainda o modelo tecnicista, onde o olhar em obstetrícia considera o parto um evento médico, marcado pela realização de ações desnecessárias e intervencionistas que consequentemente aumentam o número de cesarianas, acarretando maiores riscos para a parturiente e feto retirando-lhes autonomia, controlo (Cavalcante et. al., 2021) e conforto. O achado de se verificar uma percentagem de cesarianas acima da média nacional poderá refletir este facto de ainda se praticarem cuidados em obstetrícia muito intervencionistas ou simplesmente porque, pelo facto de existir uma maior vigilância da gravidez, em comparação com o passado, também se identificam mais precocemente situações que necessitem de respostas e intervenções mais invasivas. Este é um facto que careceria de análise com dados mais objetivos, mas que ainda assim merece reflexão.

O serviço é composto por uma equipa multidisciplinar que integra enfermeiros, médicos obstetras e pediatras e assistentes operacionais que juntos prestam cuidados à população da área de influência do hospital. A equipa de enfermagem é composta por EEESMO e enfermeiros de cuidados gerais. Sendo que por cada turno estão presentes sempre 3 EEESMO situação que se encontra enquadrada com o regulamento n.º 743/2019 que apresenta a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, que afirma que é recomendada a permanência de 2 EEESMO, por cada 1000 partos/ano (OE, 2019d).

A metodologia de trabalho de enfermagem praticada no serviço é a de enfermeiro responsável, e os registos de enfermagem são realizados em programa informático *Glintt*[®] e também em formato de papel no partograma que acompanha o processo clínico físico da pessoa.

² Foram utilizados os dados referentes ao ano de 2021 porque este é o último ano em que, até à data de redação deste trabalho, a Entidade Reguladora da Saúde apresenta dados completos sobre os números analisados.

No estágio IV foram prestados cuidados de enfermagem especializados à pessoa grávida, parturiente, puérpera, RN e família, como preconizado. Ao longo do estágio foram prestados cuidados a 216 parturientes, 142 puérperas e 141 RN (Anexo I).

1.2. Reflexão sobre as atividades desenvolvidas em estágio

Neste subcapítulo pretende-se apresentar, avaliar e analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, planeadas no início do mesmo e explanadas no projeto individual de aprendizagem (Apêndice I). Este serve como recurso importante ao processo formativo e de aprendizagem do aluno para a consecução dos objetivos propostos para o respetivo estágio. Para a consecução deste processo com sucesso é necessário, na construção do projeto individual de aprendizagem, a definição de objetivos específicos individuais, a planificação de atividades a serem realizadas que contribuam para a consecução desses objetivos, a identificação dos recursos necessários à execução das atividades e a calendarização das mesmas.

A construção dos objetivos individuais a serem atingidos e das atividades necessárias para a consecução dos mesmos, é sustentada no RCCEE - Regulamento nº140/2019 (OE, 2019a), no RCEEEESMO - Regulamento nº391/2019 (OE, 2019b) assim como, nos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em ESMO (OE, 2022).

Ao longo da exposição será realizada uma avaliação sucinta do alcance dos objetivos delineados no projeto de aprendizagem.

Objetivo 1: Conhecer as características do local onde se realiza o estágio nomeadamente a estrutura física, dinâmica de funcionamento, protocolos/normas instituídas, de forma a integrar a equipa multidisciplinar foi elaborado tendo em conta a importância de conhecer normas e protocolos existentes, circuito de utentes, estrutura física da instituição e dinâmica de funcionamento da equipa.

O processo de se integrar numa instituição e equipa deve incluir a assimilação do conjunto de normas, valores e objetivos instituídos por esta e deve possibilitar uma adequada adaptação ao estudante com o intuito de contribuir para o seu desenvolvimento, impondo uma prestação de cuidados com qualidade (Carvalho, 2016).

Foram realizadas as atividades que aprimoraram o conhecimento sobre o papel do EEESMO na sala de partos com recurso à observação e colaboração nos cuidados

prestados. Trabalhar em equipa é fulcral para o cuidado em enfermagem e traduz-se como o meio mais adequado para obter resultados favoráveis constituindo-se numa garantia no desenvolvimento de tarefas de forma eficiente, eficaz e criativa conseguindo evitar a sobrecarga de trabalho (Laccort & Oliveira, 2017). O trabalho em equipa melhora a perceção do processo saúde-doença e engloba habilidades de diferentes profissionais que articuladas possibilitam desenvolver intervenções com enfoque na resolução dos problemas individuais do utente (Pereira et al., 2013). A cooperação e entreaajuda entre classes profissionais ajuda no desenvolvimento de intervenções em saúde onde a comunicação é uma ferramenta essencial na prestação de cuidados verdadeiramente integrados em equipa (Laccort & Oliveira, 2017) e com qualidade em saúde.

A experiência vivida reflete que as atividades planeadas foram realizadas graças à recetividade, disponibilidade e abertura de toda a equipa multidisciplinar no suporte na integração da estudante no serviço e trabalho num BP, considerando-se que as mesmas foram conseguidas, dentro do *timing* previsto.

Desta forma, foi possível adquirir e desenvolver as competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade das práticas desenvolvidas em ambiente terapêutico e seguro, gestão dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a) e por isso o objetivo foi alcançado.

O objetivo 2: Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Urgência Obstétrica durante o período pré-natal foi elaborado por ser ter a noção que o processo de admissão e acolhimento da pessoa/ casal, assume uma importância muito grande pois, dita como será a interação entre as pessoas cuidadas e prestador de cuidados. A primeira interação entre enfermeiro-pessoa cuidada é extremamente importante visto que, ajuda a dar início e a estabelecer uma boa relação terapêutica (Morton & Fontaine, 2013) e é determinante no envolvimento e na gestão do TP. Esta é imprescindível para todas as fases do processo de nascimento e contribui amplamente para a humanização dos cuidados de forma a proporcionar uma experiência positiva, o mais próxima possível do parto idealizado, assumindo-se a pessoa grávida como alvo dos cuidados, dando-lhe espaço para verbalizar as suas queixas, exprimindo as suas preocupações e angústias,

utilizando como recurso técnicas de escuta ativa por parte do enfermeiro (Toral et al., 2019) o que consequentemente tem efeitos positivos do bem-estar fetal.

O momento do acolhimento num BP pode traduzir-se, por vezes, em emoções menos positivas associadas à vulnerabilidade que a situação provoca e ao sentimento de falta de controlo que algumas pessoas podem experienciar. A presença e suporte contínuo da pessoa significativa reduz tendencialmente esses efeitos (OE, 2015a) e está traçado como direito da pessoa grávida na Lei nº110/2019, de 9 de setembro.

Ao longo do estágio foi demonstrada empatia e disponibilidade por parte da estudante de modo a esclarecer dúvidas, que surgiram durante o processo. Isso contribuiu para o bem-estar da pessoa dentro de uma situação potencialmente *stressora*, optando-se sempre pela adoção de uma atitude imparcial e isenta de julgamentos num ambiente de privacidade, contribuindo-se para o conforto da pessoa numa situação que potencialmente poderia causar desconforto. As competências comunicacionais e relacionais são importantes de serem treinadas e desenvolvidas para possibilitarem a transmissão de segurança, demonstrarem empatia e promoverem o conforto da pessoa/casal grávido (Fonseca, 2016).

As atividades programadas foram realizadas segundo a calendarização, inicialmente com auxílio e supervisão da enfermeira cooperante e posteriormente de uma forma autónoma. Aquando da admissão no BP houve o cuidado de apresentação, quer individual, quer do serviço, orientação nas regras do mesmo e explicação de todos os equipamentos presentes na sala de parto, demonstrando disponibilidade para a promoção de um ambiente acolhedor, sempre em vista o estabelecimento de uma relação empática e terapêutica como o orientado pela OE (2015a).

Registaram-se situações mais desafiantes, nomeadamente na admissão de pessoas de diferentes nacionalidades, cuja língua materna não era o português nem o inglês, tendo-se verificado maiores dificuldades na comunicação verbal, devido à barreira linguística. Estes foram os momentos em que houve maior necessidade de adoção de uma postura que transmitisse confiança e conforto utilizando como recurso tecnológico, o tradutor informático na tentativa de minimizar os constrangimentos e equívocos de comunicação, com especial atenção à comunicação não-verbal uma vez que, esta deve ser valorizada pelos profissionais de saúde nas relações interpessoais que estabelecem com o migrante (Santiago, 2009).

A admissão, momento ideal para a anamnese e colheita de dados, é também o momento de questionamento sobre a realização ou não de um plano de parto (escrito ou mental), que idealmente já terá sido discutido anteriormente com o EEESMO que acompanhou a gravidez.

O plano de parto, como carta de intenções em que nele estão refletidos os desejos e expectativas da pessoa / casal grávido para o seu processo de parto e trabalho do EEESMO, constitui-se uma ferramenta valiosa para o cuidar em ESMO (Cashion, 2014; DGS, 2020; Lopes, 2016) por promover uma prestação de cuidados individualizados, centrados na pessoa e com envolvimento da pessoa significativa. A integração desta ferramenta no ato de cuidar em ESMO possibilita que este cuidar corresponda às expectativas da pessoa, proporcionando-lhe uma experiência positiva de parto (OMS, 2018a) contribuindo para a sua satisfação e conforto.

A construção de um plano de parto exprime o exercício do consentimento informado, livre e esclarecido (DGS, 2020) que deve ser apoiada pelos EEESMO e discutida no período pré-natal, nas consultas de vigilância e nos cursos de preparação para o parto e parentalidade (Lopes, 2016; Lei nº 110/2019; Silva & Lopes, 2020; DGS, 2020). Este não deve dar enfoque às intervenções ou técnicas desautorizadas ou autorizadas, mas sim, às necessidades que são importantes para a pessoa ter uma vivência positiva, normal e segura do TP, considerando a imprevisibilidade que o processo de parto acarreta (Silva & Lopes, 2020). Deve ser tida em consideração, nesta elaboração, a oferta de cuidados da instituição onde se prevê que ocorra o parto (DGS, 2020) o que permite a construção de expectativas reais e idealização de um parto que pode ser concretizado.

Nas consultas de vigilância da gravidez do hospital onde decorreu o estágio os planos de parto são um tema abordado e discutido, são esclarecidas as dúvidas que possam existir sobre o assunto e a pessoa / casal grávido costuma ser incentivada à realização de um plano de partos, se for este o seu desejo. Posteriormente este deve ser enviado por email para a instituição de forma a possibilitar a análise e discussão do mesmo antes do internamento no BP.

No contacto com a pessoa, em contexto de admissão no BP, a estudante questionava a prévia discussão do plano de partos com a equipa de saúde, como previsto na Lei nº110/2019. Percebeu-se que os motivos que levavam à realização de um plano de

partos, maioritariamente, se relacionavam com experiências anteriores negativas, relatos de pessoas conhecidas com experiências negativas, testemunhos negativos nas redes sociais e necessidade de controlo no seu processo de parto. Percebeu-se ainda que o TP idealizado se relaciona especialmente com um ambiente sereno e seguro, e por isso confortável, onde a pessoa significativa esteja presente e possa colaborar e em que o bem-estar fetal seja assegurado. Especificamente os desejos mais frequentes relacionados com estados iniciais do TP relacionavam-se com a monitorização cardiotocográfica ser realizada de forma intermitente, ser possibilitada a liberdade de movimentos, poder alimentar-se e ingerir líquidos e que o EEESMO estivesse presente em todas as etapas, sempre dando abertura para a vivência individual e privacidade do casal neste momento único para si.

No que diz respeito ao momento do nascimento foram frequentemente identificados desejos relacionados com a redução de estímulos externos (luminosos e ruidosos), redução da realização de procedimentos invasivos, redução do número de intervenientes e presentes na sala aos estritamente necessários no momento do parto, realização de contacto pele-a-pele com o RN, laqueação tardia do cordão umbilical e evicção da realização de episiotomia por rotina.

O Estado, prevê que as instituições garantam o direito ao plano de parto, pela Lei nº110/2019, referindo que este deve ser apresentado e discutido com a equipa de saúde da instituição onde se prevê que o parto ocorra. A atuação dos profissionais de saúde deve ser adaptada e adequada ao plano de parto apresentado pela pessoa / casal grávido (Lopes, 2016; Lei nº 110/2019; e OE, 2019b). No entanto, esta atuação alinhada com as intenções da pessoa pode muitas vezes não se coadunar com a necessidade de intervenção, infringindo o desejo da pessoa, de modo a assegurar o bem-estar materno-fetal (Lopes, 2016) desenvolvendo-se muitas vezes sentimentos de ambivalência nos profissionais e por vezes, o surgimento de alguma resistência na recetividade aos planos de parto.

Porém, desde que devidamente fundamentadas, as competências e habilidades técnicas dos profissionais de saúde prevalecem ao plano de parto (Lei n.º110/2019; Lopes, 2016), visto que as intervenções devem ser de qualidade e com risco controlado (OE, 2019b) e as alterações na conduta ao planeado no plano de parto devem ser conhecidas e consentidas pela pessoa antes da sua realização (Lopes, 2016)

contribuindo assim, para proporcionar experiências de parto positivo com cuidados dignos e respeitosos durante o TP (DGS, 2020).

As atividades realizadas contribuíram para o desenvolvimento de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade das práticas desenvolvidas em ambiente terapêutico e seguro, gestão dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a) e competências relacionadas com o cuidado da pessoa durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2019b) considerando-se por isso que o objetivo foi alcançado.

Quanto ao **objetivo 3: Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o primeiro estágio do TP**, este foi elaborado tendo em conta a noção da importância que a condução de um TP tem desde o seu início de forma a incutir na pessoa grávida e pessoa significativa capacidades e habilidades para conseguirem guiar o seu processo de parto como idealizaram.

Este momento do TP foi o que possibilitou maior número de experiências, tendo sido possível prestar cuidados a 216 pessoas nesta fase. O elevado número de contactos possibilitou variadas experiências, todas elas diversas, particulares e únicas, que juntas proporcionaram à estudante grandes oportunidades de aprendizagem e contribuíram largamente para o seu processo de aprendizagem, crescimento e evolução na área da ESMO. O processo de aprendizagem decorreu como espetável, sem intercorrências, o que permitiu que esta conseguisse desenvolver e melhorar as suas competências técnico-científicas, cognitivas e relacionais, melhorando a sua autonomia progressiva, segurança e confiança nos cuidados que presta. Foi possível a prestação de cuidados específicos a parturientes com hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, risco de parto pré-termo, diabetes gestacional, doenças infetocontagiosas, doença mental e situações de resolução social difícil. Na realização das atividades programadas a enfermeira cooperante partilhou e transmitiu de forma clara e objetiva os seus conhecimentos e experiências que foram imprescindíveis para a aprendizagem e construção da identidade profissional da estudante.

Observou-se ao longo do estágio que as situações mais frequentes de gravidez de risco por hipertensão arterial gestacional ou pré-eclâmpsia ocorriam nas pessoas com idade superior a 35/40 anos, com obesidade, com história de hipertensão arterial anterior e na maioria das pessoas de raça negra. Este achado vai ao encontro do referido por Cunha e Silva (2022) quando referem que a prevalência das complicações hipertensivas da gravidez têm vindo a aumentar e que isto se deve ao facto de as mulheres engravidarem cada vez mais tardiamente e ao grande aumento da prevalência de obesidade na população mundial, acrescentando que 15% das gravidezes são complicadas por hipertensão, sendo que 20% destas decorrem em mulheres previamente hipertensas e que 1 a 2% dos casos evoluem para pré-eclâmpsia. Os mesmos autores referem ainda que, são reconhecidos vários marcadores de risco para pré-eclâmpsia nomeadamente demográficos, como a idade superior a 35 anos, antecedentes familiares, antecedentes médicos, tais como, diabetes *mellitus*, resistência à insulina aumentada e índice de massa corporal $> 35\text{Kg/m}^2$, ou antecedentes obstétricos como a nuliparidade e gravidez múltipla e ainda, a raça negra.

Outro achado tido foi relacionado com a ocorrência de casos de diabetes gestacional. Foi percebido que a maioria das pessoas que apresentavam diabetes gestacional eram pessoas também com obesidade, diabetes *mellitus* prévia à gestação ou com diagnóstico de diabetes gestacional em gravidez anterior, história de feto macrossómico anterior e nas populações asiáticas e indianas. O que corrobora a informação de que os principais fatores que predispõem ao desenvolvimento de diabetes gestacional são a idade materna avançada, obesidade, antecedentes de diabetes gestacional em gravidezes prévias, história de abortos ou de nado-mortos, parto de feto macrossómico, hipertensão arterial crónica ou gestacional e a etnia, sendo identificadas como as mais predisponentes a africana, hispânica, indiana e asiática (Alfadhli, 2015; Casanova et al., 2018).

Ao longo do estágio foi notório que a primeira fase do TP é aquela em que a pessoa se debate com maiores sentimentos de ansiedade, insegurança e inquietude, quando situações basais não são conferidas e asseguradas como o conforto e tranquilidade, o que pode, numa linha final, influenciar a evolução do TP, contribuindo para a sua não progressão. Contribuir para evitar esse desfecho, promovendo o conforto é essencial, e por isso o EEESMO dever transmitir segurança, calma e informação precisa e concreta sobre o que está a decorrer e adotar uma postura compreensiva, empática e de

aconselhamento de maneira a favorecer e contribuir para uma evolução positiva do TP (OE, 2015a; Fonseca, 2016).

A Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) pode ser aplicada na promoção do conforto neste estágio do TP, apresentando efeitos benéficos na pessoa parturiente com consequentes efeitos positivos no bem-estar fetal. Neste sentido e, sendo o conforto multidimensional, o EEESMO deve orientar a sua intervenção no sentido da promoção do conforto físico, recorrendo a estratégias de alívio da dor com técnicas não farmacológicas de gestão da dor como técnicas de respiração, relaxamento, massagem, hidroterapia, musicoterapia, liberdade de movimentos e verticalização e estratégias farmacológicas de gestão da dor; promoção do conforto psicológico proporcionando apoio emocional, adotando uma postura disponível, promotora da transmissão clara das informações relativas à progressão do TP envolvendo a pessoa significativa garantindo um ambiente tranquilo e encorajador; promoção do conforto social incluindo a pessoa significativa no processo encorajando a comunicação aberta entre o casal e equipa de saúde, promovendo-se um ambiente de respeito e empatia; e promoção do conforto espiritual respeitando-se as crenças da pessoa, oferecendo suporte e criando-se um ambiente que permita à pessoa sentir paz e conectar-se consigo durante este momento único e especial que é o processo de nascimento. O EEESMO ao aplicar esta teoria nos cuidados que presta, procura identificar as necessidades específicas da pessoa promovendo o conforto físico, emocional, social e espiritual, ajudando-a a transitar neste processo, com o maior conforto possível.

Nesta linha, e estando a aluna a desenvolver o seu sentido enquanto EEESMO, adotou-se sempre por uma postura que contribuísse para um ambiente calmo, acolhedor e confortável, promotor do incentivo à autoexpressão da pessoa grávida e pessoa significativa, que contribuísse para a participação e envolvimento do mesmo, respeitando sempre as opções de ambos, promovendo o direito à privacidade, a um tratamento condigno, disponibilizando sempre apoio contínuo em todo o processo, de forma à prestação de cuidados seguros e de qualidade. Foi desde o início percebida a importância da adoção de uma comunicação clara e objetiva da informação, abertura para o esclarecimento de dúvidas e explicação de todos os procedimentos a efetuar, ser transparente quanto à evolução do TP e por último, mas não menos importante, o respeito pelo ritmo do TP, de forma a que ele evolua favoravelmente para um parto eutócico com a menor interferência técnica-invasiva possível.

Todo o cuidado prestado nesta fase, foi concretizado no sentido de tentar corresponder às expectativas identificadas anteriormente de forma a ser possível dar resposta às necessidades e desejos da pessoa/ casal grávido contribuindo para a consecução de um processo humanizado e satisfatório. De uma forma geral a maioria das necessidades e desejos foram possíveis de atender, havendo por isso a oportunidade de proporcionar, como desejado, um ambiente tranquilo com redução de estímulos luminosos e utilização de música, recurso a estratégias não-farmacológicas e farmacológicas de controlo da dor, liberdade de movimentos, presença da pessoa significativa, adoção de posição de verticalidade, entre outros.

No que concerne ao desejo, algumas vezes expresso de ingestão de alimentos e líquidos durante o TP, este é um tema ainda controverso e que não traz unanimidade de entre os diversos profissionais. No entanto, é claro que o EEESMO deve adotar uma postura defensora do bem-estar da pessoa grávida em TP e que lhe proporcione conforto, em todas as suas dimensões (Cashion, 2014; OE, 2015a), por esse motivo adotou-se a prática institucionalizada no contexto que prevê a possibilidade de ingestão de líquidos e gelatinas quando se instala a fase ativa do TP, como recomendado pela OMS (2018a), a par com a liberdade de movimentos como medidas de conforto a adotar durante o TP.

Quanto à liberdade de movimentos, ainda que disponível numa das salas de parto, a monitorização cardiotocográfica por telemetria esta não era muito utilizada devido às falhas de comunicação entre cardiotocógrafo e os transdutores aplicados na pessoa grávida. Optou-se por isso, na maioria das vezes pelo recurso à monitorização cardiotocográfica tradicional, em que os transdutores estão ligados ao monitor por fios. É facto que esta situação, limitava ou condicionava por vezes a total liberdade de movimentos da pessoa, no entanto, isso nunca foi motivo para o desinvestimento na verticalidade de posicionamentos e movimentação ao longo do TP.

Andar e adotar posições verticais no primeiro estágio do TP diminui a duração do mesmo, a necessidade de analgesia epidural e risco de cesariana e não está relacionado com efeitos negativos no bem-estar materno-fetal ou aumento de procedimentos interventivos. Recomenda-se que, nas gravidezes de baixo risco, seja incentivada a verticalidade e a pessoa grávida apoiada na adoção da sua posição de preferência (Lawrence et al.,2013).

Outra abordagem tida ao longo desta fase, foi o questionamento quanto ao conhecimento sobre os métodos de alívio da dor existentes, não-farmacológicos e farmacológicos, e dentro os disponíveis na instituição, quais aqueles que a pessoa pretenderia utilizar. A promoção da utilização de métodos não-farmacológicos de gestão da dor no TP, pelos vários benefícios associados é recomendada pela OMS (2018a). Notou-se que com a progressão do TP e conseqüente aumento da intensidade dolorosa, a maioria das pessoas acabavam por solicitar o recurso a métodos farmacológicos para gerirem a sua dor. Antes da administração de qualquer um dos métodos farmacológicos disponíveis eram esclarecidas possíveis dúvidas existentes quanto aos métodos. Esta situação prendia-se principalmente com o método por analgesia regional, e não tanto quando se recorria à administração sistémica de analgésicos.

Nas pessoas que solicitavam a realização da analgesia regional para gestão da dor, colaborou-se na realização da técnica, administrou-se os fármacos e avaliou-se a resposta, à mesma. Foi também realizada vigilância e monitorização da dor ao longo do TP para eventual introdução de outros métodos de alívio da dor ou eventual reforço da analgesia epidural.

Verificou-se que algumas das pessoas apresentavam dúvidas e receios quanto ao procedimento de analgesia regional, muitos relacionados com mitos, como por exemplo: que faria mal ao bebé; ou relacionados com receios associados a complicações que podem ocorrer raríssimas vezes como a pessoa ficar com défices motores ou sensitivos permanentes; algumas destas pessoas ainda acreditavam que, a administração de analgesia por via epidural seria sinónimo de que já não se poderiam verticalizar ou “mexer” até ao final do TP. Observou-se que existia uma relação forte entre o nível de literacia em saúde e a existência deste tipo de dúvidas/ crenças. Normalmente, quanto menor o nível de literacia, maior o número de pessoas com estas dúvidas/ crenças. O que não quer dizer, necessariamente que quanto maior a literacia em saúde mais se recorria a estas técnicas. Muitas vezes ocorria o inverso, e as pessoas com maiores conhecimentos e mais instruídas optavam pelo recurso, quase exclusivo, a técnicas não-farmacológicas, de entre elas também a musicoterapia.

A literacia em saúde assume um papel diferenciador no contributo para a gravidez e parto saudável, visto que, para que este ocorra, a pessoa / casal precisam de ter acesso a informação fidedigna e útil, que contribua para uma tomada de decisão consciente,

informada e esclarecida e que influencie, por isso, de forma positiva, a saúde da pessoa e RN (DGS, 2020; Silva & Lopes, 2020).

Relaciona-se com a literacia em saúde, o nível e desenvolvimento de competências cognitivas e sociais/ relacionais, que conferem à pessoa a autonomia para a tomada de decisões fundamentais para manter a sua saúde. Este conceito envolve conhecimento, motivação e as competências da pessoa em adquirir, perceber, avaliar e pôr em prática as informações em saúde, concebendo os seus próprios juízos e tomando decisões individuais sobre os cuidados de saúde, contribuindo desta forma para a promoção da saúde e prevenção da doença, de maneira a manter ou melhorar a sua qualidade de vida durante o seu ciclo vital (DGS, 2019; 2020).

O investimento na literacia em saúde materna, como medida de saúde pública, tem sido um importante contributo para a redução da morbimortalidade materno-infantil, sendo por isso crucial utilizar, por parte dos profissionais de saúde, todos os momentos de contacto com a pessoa / casal grávido para a promoção de literacia em saúde materna e adoção de comportamentos saudáveis (DGS, 2015; Lei nº110/2019).

No decorrer do estágio, e seguindo as recomendações da OMS (2018a) para uma experiência de parto positiva, optou-se por se evitar prestar cuidados por rotina, sem indicação ou fundamentação clínica como: cervicometria de repetição, tricotomia perineal, enemas de limpeza, descolamento de membranas no polo inferior e rotura artificial de membranas.

No que diz respeito à cervicometria, o procedimento foi sempre realizado atendendo o conforto da pessoa. Para isso, e contribuindo para o seu conforto físico, a pessoa era orientada a posicionar-se confortavelmente em decúbito dorsal, com os membros inferiores em abdução. Sendo este um posicionamento de elevada exposição física e íntima da pessoa, e por isso potencialmente desconfortável, era sempre atendida a privacidade da pessoa resguardando-a quer de terceiros intervenientes não necessários ao procedimento, quer fisicamente através da colocação do lençol sobre a pessoa para lhe conferir uma maior sensação de proteção; o procedimento foi também realizado com uma frequência aproximada de quatro em quatro horas na fase ativa do TP para a monitorização da progressão do mesmo, de acordo com as recomendações da OMS (2018a) gerindo-se assim as intervenções às estritamente necessárias. Foi atendido o conforto psicológico mediante o consentimento prévio da pessoa e realizado o

procedimento de acordo com a solicitação da pessoa grávida. Os cuidados anteriormente descritos aliados à comunicação aberta e empática e postura respeitosa contribuíram para o conforto emocional da pessoa durante o procedimento (Kolcaba, 2003).

No início do ensino clínico, o procedimento realizado pela estudante era validado pela enfermeira cooperante, e à medida que foi existindo uma progressão e melhoria na realização da intervenção foi crescendo o sentido de confiança nas habilidades demonstradas pela estudante de identificação das condições do colo uterino, estática fetal e distinção dos diferentes planos da apresentação.

A variedade de situações e experiências apresentadas e que possibilitaram a realização das atividades programadas, contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade das práticas desenvolvidas em ambiente terapêutico e seguro, gestão dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a) e competências relacionadas com o cuidado da pessoa em TP promovendo a saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no sentido de otimizar a saúde da pessoa e RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019b).

No que se relaciona com o **objetivo 4: Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o segundo estágio do TP**, este foi elaborado tendo em conta a importância que o parto tem para a nova família que se está a construir. Em situações normais este momento é o clímax de todo o processo que se iniciou há sensivelmente 40 semanas atrás e que vê neste momento uma carga emotiva enorme, que marcará para sempre a vida dos intervenientes.

Houve a oportunidade de conduzir e assistir 43 partos eutócicos e colaborar em 12 partos distócicos por ventosa. Pessoalmente as atividades programadas e relacionadas com este objetivo são as que suscitam mais entusiasmo, por ter a possibilidade, de como futura EEESMO, assumir um papel impactante e contribuir para a transição inesquecível que a pessoa está a viver. No entanto, por outro lado, as atividades relacionadas com este objetivo são também as mais desafiantes ao longo do percurso

académico trazendo consigo ansiedade e preocupação uma vez que, existe sempre o sentimento de que apesar de a preparação académica existir sobre o TP, cada parto é único e podem ocorrer situações para as quais é necessário saber responder prontamente.

Identificar o início deste estágio para além de fundamental requiere do EEESMO atenção para alguns sinais característicos do período expulsivo, os evidentes a nível do colo e descida da apresentação, mas também os evidentes ao nível da comunicação caracterizados por expressões de necessidade involuntária de “fazer força” que, trazem consigo muitas vezes expressões de nervosismo e expressão de exaustão e incapacidade como “não consigo” ou “não aguento mais”, este é o momento em que competências relacionais e comunicacionais são exigidas ao EEESMO para que consiga conduzir a pessoa a ser bem sucedida no seu parto e que atinja com isso sentimentos de satisfação, conquista e vitória.

Com o decorrer do estágio, considera-se que houve uma evolução positiva da estudante, verificando-se melhorias nas capacidades técnicas associadas ao período expulsivo e nas capacidades de gestão da intensidade do momento, conseguindo-se abstrair do que não era relevante e focar-se na pessoa que estava a assistir. Foi um processo, mas conseguiu-se atingir um nível de planeamento e previsão com maior perspicácia, execução com maior confiança e consciencialização de que a forma mais eficaz de apoiar e assistir a pessoa no momento do parto é tornar-se a sua voz de referência e orientação.

O EEESMO deve possuir em si, para além das competências técnicas e científicas, competências comunicacionais e relacionais que lhe permitam tornar-se a voz de orientação para a pessoa a parir. Assim, consegue capacitá-la, motivá-la e orientá-la de modo a facilitar e conduzir o período expulsivo, ajudando-a a gerir os seus medos e momentos de ansiedade.

Recorrendo ao referencial teórico de Kolcaba (2003) é fundamental neste estágio caracterizado pelo desconforto e dor, o recurso à implementação de intervenções que proporcionem suporte e conforto em todas as suas dimensões. O enfermeiro deve direcionar a sua intervenção para proporcionar conforto físico oferecendo orientação sobre as técnicas de respiração, relaxamento da musculatura pélvica e esforços expulsivos (quando a pessoa sente necessidade de os fazer), encorajar e propor

mudanças de posição com preferência por posições de verticalidade que permitam o sacro livre, fornecer suporte físico com suporte para os pés ou barras para as mãos e apoio físico com recurso ao toque e aplicação de compressas quentes no períneo e frias no rosto, disponibilizar analgesia conforme necessário e solicitação da pessoa, de forma a favorecer-se a progressão favorável do parto; promover o conforto psicológico proporcionado suporte emocional contínuo encorajando a pessoa durante as contrações oferecendo elogios, incentivando e garantindo-se uma comunicação aberta para que a pessoa se sinta ouvida e respeitada; proporcionar conforto social incluindo a pessoa significativa no processo criando um ambiente privado, de apoio e confiança; e promovendo o conforto espiritual respeitando as crenças e desejos individuais fomentando um ambiente transcendente de empoderamento e conquista.

Conseguiu-se proporcionar, neste período caracterizado pela dor física, medidas de conforto que contribuíram para o bem-estar da pessoa / casal, nomeadamente com a gestão do ambiente, diminuindo fatores possivelmente *stressores* como sons e ruídos indesejados e redução da luminosidade, fornecimento de apoio contínuo emocional recorrendo a medidas comunicacionais que permitiram tranquilizar, encorajar e elogiar a prestação da pessoa a parir e pessoa significativa. Outro aspeto tido em conta foi a explicação de todos os procedimentos realizados, transmitindo-se a informação de forma clara, objetiva e sucinta respeitando as escolhas da pessoa.

Verificaram-se momentos de necessidade de negociação com a pessoa, nomeadamente os relacionados com a realização de episiotomia. A decisão de realização deste procedimento é controversa e a sua realização rotineira é identificada como prática não recomendada e considerada violência obstétrica (OMS, 2018a; Resolução da Assembleia da República nº181/2021).

A tomada de decisão de proceder à realização de episiotomia nem sempre foi fácil, mas sempre que foi realizada, foi após consentimento da pessoa a parir e sob anestesia local seguindo as orientações da OMS (2018a).

Dos 43 partos eutócicos que foram assistidos pela estudante, realizaram-se 12 episiotomias com conseqüente reconstrução perineal, tendo-se também realizado 28 perineorrafias em casos de laceração com indicação para suturar e foram conseguidos 6 períneos íntegros após o parto. O principal motivo pelo qual se realizou episiotomia

foi pela necessidade de abreviar o período expulsivo por um RCTG não tranquilizador com desacelerações cardíacas fetais.

A episiotomia deve ser realizada por indicação e não por rotina. As indicações para realização da mesma incluem o encurtamento do segundo estágio do TP quando existe suspeita de hipoxia fetal, para prevenir a lesão obstétrica do esfíncter anal nos partos vaginais distócicos e quando ocorreu lesão anterior do esfíncter anal num parto (Santo, 2022).

A existência de técnicas não cirúrgicas que contribuam para a diminuição do trauma perineal devem ser um recurso importante a ser utilizado no futuro pelos EEESMO. Estas técnicas integram medidas baseadas na evidência científica como a promoção da massagem perineal no período pré-natal, aplicação de calor no períneo e manobra de Ritgen Modificada durante o período expulsivo com o objetivo de promover a integridade perineal (OE, 2015a). Quando se decidiu pela não realização de episiotomia, foram realizadas as técnicas de proteção do períneo anteriormente referidas na tentativa de manutenção da sua integridade, conseguindo-se com sucesso a integridade perineal em 6 pessoas, como referido anteriormente.

Possibilitou-se a adoção da posição mais confortável para a pessoa, que facilitasse a descida do feto e que contribuísse para a colaboração dos intervenientes e segurança no nascimento. Desde o período de dilatação completa até à apresentação do polo cefálico à vulva foi proposto à pessoa a adoção de posições verticais com recurso a movimentos extrínsecos da bacia como circundações, inclinação interna e externa e agachamento e utilização de apoio e pressão lateral da pelve para favorecer o movimento intrínseco da bacia de pronação ilíaca (Calais-Germain & Parés, 2007). Quando o polo cefálico se apresentava quase à vulva foi permitida a adoção da posição de eleição para a pessoa sendo que a maioria dos partos ocorreram com a pessoa em posição de Fowler com os pés apoiados nas perneiras / apoios de pés da cama de parto. No entanto, houve a registar a realização de alguns partos em decúbito lateral e um em posição de quatro apoios. As duas últimas posições são posições que possibilitam o sacro e cóccix livre, permitindo o movimento de natação do sacro e retropulsão do cóccix (Calais-Germain & Parés, 2007) o que facilita a passagem do polo cefálico, através do canal de parto, favorecendo, assim, o nascimento.

Procedeu-se à laqueação tardia do cordão umbilical, sempre que as condições do RN o permitiam, tal como preconizado pela OMS (2018a) permitindo que o corte fosse realizado pela pessoa significativa se assim o desejasse. Quando existiam circulares cervicais era feita a tentativa de redução e desenlace das mesmas, evitando-se a clampagem e laqueação precoce do cordão, até porque na eventual ocorrência de uma distócia de ombros poder-se-ia incorrer numa situação de asfixia fetal uma vez que, após a laqueação do cordão é interrompido o fluxo sanguíneo e consequentemente, o fornecimento de oxigénio ao feto. Nunca houve a possibilidade de executar a manobra de Somersault.

As explicações fundamentadas, sobre as atividades e procedimentos que haviam sido necessários realizar e que, não eram inicialmente da vontade da pessoa / casal, foram sempre consentidas e aceites por estes, dado que já havia sido discutido vários cenários possíveis de ocorrer no processo de nascimento, aquando a admissão no serviço e ao longo do primeiro estágio do TP, desenvolvendo-se assim, a prática baseada na evidência e a tomada de decisão e ação (OE, 2022).

Existiu também a oportunidade de experienciar situações de desvio da normalidade nomeadamente distócia de ombros, desacelerações cardíacas fetais e uma situação de rotura do cordão umbilical, assim que ocorreu o nascimento. Em todas as situações a aluna conseguiu atuar prontamente, dando resposta e intervindo para corrigir a situação e evitar complicações associadas.

Deste modo, pelo exposto, foram adquiridas e cimentadas competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade das práticas desenvolvidas em ambiente terapêutico e seguro, gestão dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a) e competências relacionadas com o cuidado da pessoa em período expulsivo do TP promovendo a saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no sentido de otimizar a saúde da pessoa e RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019b) e por isso, o objetivo foi atingido.

O objetivo 5: Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o terceiro estágio do

TP foi planeado por se considerar esta fase de extrema importância para homeostasia da pessoa iniciando-se neste momento processos muito importantes de hemóstase que carecem de condução e vigilância por parte do EEESMO. Considera-se que todas as atividades programadas foram realizadas.

Após o nascimento aguardou-se pelos sinais de descolamento da placenta e assistiu-se na dequitação com a realização da manobra de Brant-Andrews associada à tração controlada do cordão umbilical (OMS, 2012) e durante a expulsão da mesma foi realizada a manobra de Jacob-Dublin, de modo a auxiliar o descolamento completo das membranas. Após a dequitação, foi seguida a recomendação da OMS (2012; 2020) com a administração do uterotónico de eleição (ocitocina) para a prevenção de hemorragia pós-parto e avaliação do tônus uterino pós-parto para identificação precoce de atonia uterina. Foram identificados os mecanismos de expulsão da placenta (Schultze ou Duncan), realizou-se a inspeção placentar detalhada, de modo a confirmar a sua integridade, e analisado o cordão umbilical. Foi ainda avaliada a formação do globo de segurança de Pinard através da avaliação do tônus uterino e foi realizada a inspeção do canal vaginal e períneo e procedeu-se à sua reconstrução quando necessário.

A reconstrução perineal foi a atividade técnica mais desafiante de realizar e onde se considera que existiu uma grande evolução das capacidades e habilidades da aluna ao longo do estágio, que só foi possível com o estudo e treino da técnica, mas que se assume a necessidade de continuação da prática para melhor aperfeiçoamento de futuro. No final de cada parto efetuou-se nova revisão colo uterino, canal de parto, períneo e ampola retal; foi promovida a desinfeção e cuidados de higiene perineais; aplicado gelo local e promovido a vinculação precoce.

Após os partos assistidos pela aluna, esta felicitava os pais pelo seu desempenho, felicitava-os pelo seu filho e prontificava-se a ajudar no que fosse necessário, uma atitude que se considera importante em termos de humanização dos cuidados e contributo para o conforto emocional, social e espiritual da pessoa.

A atuação de enfermagem à luz do referencial teórico de Kolcaba (2003) teve por base a proporção de conforto à pessoa, intervindo na promoção do conforto físico garantindo-se que a dequitação ocorria sem dor e sem complicações associadas; proporcionando conforto psicológico por este poder ser um momento emocionalmente desafiador,

especialmente se houver complicações ou se a pessoa estiver a recuperar de um parto difícil; conforto social com recurso à pessoa significativa e adotando uma postura empática, parabenizando e reconfortando a pessoa pelo seu esforço e trabalho e conforto espiritual respeitando as suas crenças.

No âmbito deste objetivo surgiram momentos que exigiram a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos, relativos a desvios da normalidade relacionados com retenção placentar, suspeita de fragmentação de membranas, hemorragia pós-parto e atonia uterina, que em colaboração com a equipa médica foram corrigidos e solucionados.

Assim, considera-se que o objetivo foi conseguido com sucesso pela aquisição de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade das práticas desenvolvidas em ambiente terapêutico e seguro, gestão dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a) e competências relacionadas com o cuidado da pessoa durante a dequitação promovendo a saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações no sentido de otimizar a saúde da pessoa e RN (OE, 2019b).

Foi construído o **objetivo 6: Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina** pela noção que os primeiros momentos de vida são cruciais para a vida futura da pessoa acabada de nascer e por compreender que esses momentos são muito importantes também para os pais.

As atividades previstas foram realizadas possibilitando a realização dos cuidados imediatos ao RN após o nascimento quer, enquanto pessoa a conduzir o parto, quer elemento destacado para a prestação de cuidados imediatos, a 141 RN.

Foi assim, possível realizar a avaliação inicial e imediata do RN nomeadamente avaliação do índice de Apgar e avaliação física do RN, cujos objetivos são a avaliação da adaptação do RN à vida extrauterina (Freitas & Batista, 2016) tal como, prestar os primeiros cuidados, sempre que possível, em parceria quer com a pessoa parturiente quer com a pessoa significativa. De notar que, no contexto em que ocorreu o estágio, era prática a realização da administração dos primeiros injetáveis intramusculares (Fitomenadiona e vacina VHB), após consentimento prévio, durante a realização do

contacto pele-a-pele no sentido de tentar tornar o processo menos doloroso para o RN, sendo esta uma das técnicas de controlo da dor recomendadas para procedimentos dolorosos nomeadamente punção venosa ou intramuscular recomendada pela DGS (2012).

Considera-se que este é dos momentos em que a pessoa significativa atua mais especificamente nos cuidados e não tanto com uma postura de apoio e suporte contínuo como até então. Posto isso, considera-se muito importante inclui-la como parte ativa, nomeadamente na transmissão das características e condição do bebé à pessoa que acabou de parir, visto que ela ainda não terminou a sua jornada por ainda se encontrar na terceira fase do TP.

A vinculação fortalece-se assim que se dá o nascimento, processo que já terá tido início na gravidez apesar de vivenciado de maneira diferente pelos progenitores. Para a pessoa grávida é um processo mais visceral e físico e acredita-se que após a percepção do início dos movimentos fetais se torna cada vez mais premente, enquanto que para a figura não gestante [seja o pai ou companheiro(a)] se traduz mais por uma ligação mental, emocional de sentido de pretensão e responsabilidade. Através da parede abdominal da pessoa grávida o “pai” (ou a pessoa que assume esse papel) interage com o feto, pois esse sente a presença do mesmo através da sua voz e toque. Assumir o feto como alguém que tem vontades próprias e que já faz parte da família é essencial para a formação do vínculo com o RN (Brazelton, 2013).

Muitos conversam e cantam com o seu feto durante os últimos três meses de gravidez, numa tentativa de aproximação dele antes do nascimento (Brazelton, 2013). Assim sendo, o nascimento é o culminar dessa ligação e aproximação e por isso a presença pró-ativa do “pai” é fundamental e a sua participação deve ser promovida, de forma a permitir uma transição positiva para a parentalidade (DGS, 2020). Neste sentido a estudante adotou sempre uma postura de inclusão dos dois intervenientes ao longo de todo o processo, por saber a importância que esta participação tem para o estabelecimento de uma vinculação sólida entre a tríade.

Outra atitude que tentou implementar relaciona-se com o seu estudo de investigação, no sentido de tentar incentivar quer o diálogo / canto com o RN quer a audição ativa de músicas a que ele já tenha sido exposto com alguma frequência (nomeadamente *white noise*), por saber os benefícios que eles trazem quer para uma melhor adaptação à vida

extrauterina quer para o processo de vinculação e controlo da dor. Assunto que será melhor desenvolvido à frente neste trabalho.

A concetualização do conforto do RN à luz da teoria de Kolcaba (2003) orienta o enfermeiro na implementação de intervenções que promovam o conforto físico do RN gerindo o ambiente proporcionando o aquecimento do RN com recurso a uma fonte de calor (seja a mãe ou a fonte de calor da mesa de reanimação neonatal), evitando a perda de calor por evaporação através da secagem da sua pele e a garantia da permeabilidade e desobstrução das vias aéreas, tudo intervenções que auxiliam a uma transição suave para o meio extrauterino; proporcionando conforto psicológico no sentido em que o ambiente circundante ao RN pode interferir no seu estado emocional, sendo que a presença, toque e fala dos pais são contributos importantes para a redução do *stress* neonatal após o nascimento; promoção do conforto social através do contacto imediato com os pais, mais especificamente com a pele da mãe o que desenvolve um senso de segurança e vínculo emocional para o RN, permitir o contacto pele-a-pele, promover a amamentação precoce e promover um ambiente tranquilo e acolhedor que envolva técnicas de musicoterapia e *white noise* ajudam nessa dimensão; e promoção do conforto espiritual que, apesar do RN não ter compreensão consciente da espiritualidade, a sensação de segurança e conexão emocional pode ser vista como uma forma de conforto de transcendência durante a adaptação à vida extrauterina.

Assim, o cuidar com vista ao conforto em todas as suas dimensões busca a criação de um ambiente que atenda às necessidades imediatas do RN promovendo-se uma adaptação e transição suave do meio intra para o meio extrauterino contribuindo para a sua estabilidade e desenvolvimento.

Pelo anteriormente exposto, foram desenvolvidas competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade das práticas desenvolvidas em ambiente terapêutico e seguro, gestão dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a) e competências relativas à promoção da saúde do RN, diagnóstico precoce, prevenção e correção de complicações durante o terceiro e quarto estádios do TP e puerpério imediato (OE, 2019b) considerando-se que o objetivo foi conseguido.

No que se relaciona com o **objetivo 7: Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e**

relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o quarto estágio do TP este foi elaborado pelo conhecimento da importância que esta fase tem para o desenvolvimento da vinculação entre a tríade e estabelecimento da mesma enquanto nova família, a recuperar de todo o processo de parto e a perspetivar o seu novo futuro a três.

As atividades integradas neste objetivo foram as que menos dificuldades trouxeram à estudante por esta exercer, na sua prática profissional, cuidados no âmbito do puerpério. Não obstante, o cuidado especializado requer mais especificidades nesta fase de puerpério imediato, nomeadamente as relacionadas com a necessidade de maior vigilância da puérpera e RN por este ser um momento fulcral para a homeostasia de ambos.

O EEESMO durante este período adota intervenções que promovem o conforto, nomeadamente o conforto físico incluindo-se aqui a gestão algica após o parto, o fornecimento de cuidados para a recuperação perineal, a vigilância e monitorização da pessoa puérpera como forma de prevenção de complicações; promoção do conforto psicológico, por este poder ser um período emocionalmente desafiador, o EEESMO deve ter sensibilidade e estar desperto oferecendo apoio emocional, esclarecendo dúvidas sobre os cuidados ao RN, encorajando a pessoa à expressão de sentimentos e garantindo que ela se sente apoiada ao longo desta fase; proporcionando conforto social através do recurso à pessoa significativa e rede de suporte familiar e comunitário contribuindo-se para um ambiente de apoio e compreensão; e promoção de conforto espiritual ajudando a pessoa a encontrar significado e conexão com o seu “novo *Eu*” contribuindo-se para um estado de transcendência e transição de papéis (Kolcaba, 2003).

Foi possível neste contexto de estágio a prestação de cuidados especializados a 142 puérperas o que tornou possível a execução da vigilância materna, muito importante para a prevenção e diagnóstico precoce de hemorragia pós-parto; e vigilância neonatal também ela muito importante para a deteção precoce de estados de inadaptação do RN à vida extrauterina. Foram promovidos, nesta fase cuidados de fortalecimento da vinculação, nomeadamente o contacto pele-a-pele, amamentação e audição de música ou *white noise*.

Este foi também um momento importante de autoavaliação para a estudante no sentido em que, pelo feedback que procurava com as famílias a quem conduzira o parto, conseguiu identificar aspetos de melhoria futura e aspetos que tinha realizado bem e que, contribuíram para a concretização das expectativas prévias e parto idealizado do casal.

Assim, considera-se o objetivo concretizado permitindo-se o desenvolvimento de competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade das práticas desenvolvidas em ambiente terapêutico e seguro, gestão dos cuidados e de desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a) e das competências relativas à promoção da saúde materna e neonatal, diagnóstico precoce, prevenção e correção de complicações durante o período pós-natal (OE, 2019b).

O **objetivo 8: Desenvolver competências do domínio melhoria contínua da qualidade e no âmbito da gestão de cuidados** foi desenvolvido por esta ser uma das competências a ser atingidas no processo de especialização em enfermagem prevista pela OE (2019a).

Neste sentido foi questionada e observada a organização e gestão de recursos no serviço com o fim de melhor compreender a metodologia utilizada para essa gestão de recursos, nomeadamente humanos e materiais.

A competência de gestão do enfermeiro especialista prevê a otimização da resposta da equipa na prestação de cuidados e constitui uma noção complexa que requer o desenvolvimento de competências de comunicação, de liderança, de motivação da equipa e de relação interpessoal que garantam a satisfação da equipa com efeitos na qualidade dos cuidados prestados pela mesma. Assim, o enfermeiro gestor deve ter em si qualidades éticas e inteligência emocional mantendo a criatividade, o incentivo, o empreendedorismo e imparcialidade, fundamentais para o desempenho das suas funções, sempre tendo em vista a melhor eficiência na gestão dos recursos disponíveis e respetivos custos associados (Aragão et.al, 2016).

Neste sentido, no que concerne à gestão dos cuidados e dos recursos humanos foi idealizado o plano de cuidados no início de cada turno, adequando as intervenções às utentes e recursos disponíveis.

Existiu também, em colaboração com a enfermeira cooperante visto que ela assumia maioritariamente o papel de enfermeira responsável de turno, a possibilidade de auxiliar

na gestão de recurso materiais, nomeadamente na verificação do carro de emergência, bloco operatório de cesarianas e salas de parto com a reposição de material nos carros de anestesia, carros de apoio ao parto, mesas de reanimação neonatal, na contagem e pedidos de fármacos à farmácia de forma a permitir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A prestação de cuidados, no contexto de estágio em específico, é realizada através do método individual de trabalho, que significa que o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados dos utentes que lhe são atribuídos (Costa, 2001), ainda assim, devido ao elevado espírito de entreajuda da equipa toda ela colabora na prestação de cuidados ou registos de enfermagem.

Posto o exposto considera-se que o objetivo foi conseguido, tendo sido possível desenvolver as competências de gestão de recursos prevista pela OE (2019a).

Relativamente ao **objetivo 9: Desenvolver competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, comunicacionais e autonomia da pessoa cuidada, melhorando a capacidade de reflexão e autoavaliação sobre os cuidados prestados ao longo do estágio, perspetivando uma melhoria contínua dos mesmos** foi elaborado pela noção que o sentido de autoavaliação e autocrítica e reflexão sobre a prestação individual tida são fundamentais para o processo de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento de identidade profissional.

Este objetivo foi concretizado através da reflexão individual sobre práticas e atitudes desenvolvidas pela estudante tal como, pelo desenvolvimento de momentos de discussão e reflexão com a enfermeira cooperante sobre situações clínicas e questões a melhorar, momentos estes que muitas vezes se transformavam em momentos de partilha com a restante equipa de enfermagem.

Outra atividade que contribuiu para o desenvolvimento deste objetivo, foram as reuniões de avaliação tidas com a enfermeira cooperante e professora orientadora do estágio, por serem enriquecedoras na reflexão das atividades de prestação de cuidados realizadas e por conferirem à estudante um *feedback* importante sobre a evolução do seu processo de aprendizagem e sobre quais os pontos que deveria melhorar no seu desempenho. Momentos como estes favoreceram o desenvolvimento do autoconhecimento, confiança, tomada de decisão e implementação de práticas baseadas na evidência científica e contribuíram para o cumprimento das normas

deontológicas relativas à excelência do exercício profissional e deveres profissionais (OE, 2015b; 2019a).

Atividades que contribuíram para a melhoria da autonomia e segurança foram atividades relacionadas com a validação e discussão dos cuidados prestados com a enfermeira cooperante e professora orientadora do estágio, observação e colaboração nos cuidados, identificação de pontos de melhoria individual, revisão dos conteúdos programáticos do contexto teórico adequando-os à prática tida, realização de auto e heteroavaliação mental tendo em vista a evolução e desenvolvimento pessoal e profissional. A realização do projeto individual de aprendizagem e o presente relatório foram instrumentos importantes para a autoanálise crítica e reflexiva.

Considera-se assim que o presente objetivo foi atingido.

A concretização do **objetivo 10: Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em ESMO** possibilitou o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências em metodologias de investigação através da realização de uma revisão ScR sobre a musicoterapia como estratégia adaptativa para o RN à vida extrauterina.

Uma das atividades planeadas no projeto individual de aprendizagem relacionada com esta competência científica consistia na apresentação dos resultados do estudo à equipa do contexto de estágio. Assim, a partilha das evidências científicas encontradas e os resultados da investigação foi feita através de uma formação em serviço sobre o tema (Apêndice IV), que integrou o programa de formação em serviço anual da equipa e que teve lugar no hospital onde se realizou o estágio em julho de 2023.

A realização destas atividades permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências relativas à melhoria contínua da qualidade, avaliação das práticas clínicas e fomentação que as mesmas sejam baseadas na evidência científica garantindo um papel dinamizador nas iniciativas estratégicas da instituição (OE, 2019a). A abordagem sobre o tema em estudo será matéria do capítulo seguinte com a apresentação e discussão dos resultados da investigação.

2. MUSICOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA ADAPTATIVA PARA O RECÉM-NASCIDO À VIDA EXTRAUTERINA

Na continuidade dos pressupostos apresentados na introdução deste trabalho e dando seguimento ao estudo da situação-problema selecionado, apresentar-se-á, de seguida, o referencial conceitual e teórico que sustenta o tema selecionado.

2.1. Conceptualização

A música é constituída por sons organizados. O som faz parte do meio que nos rodeia, e absorvemo-lo inconscientemente desde o nascimento e até mesmo antes deste marco (Pocinho, 2007).

Oito semanas após a fecundação o produto da concepção, até então designado embrião, passa a designar-se feto, usando-se esta terminologia até ao momento do nascimento. Na primeira fase, a embrionária, ocorre a diferenciação celular em tecidos, órgãos e sistemas orgânicos, ocorrendo os primeiros batimentos cardíacos por volta da quarta semana. A partir da oitava semana esta unidade passa a designar-se feto e este, apesar do seu tamanho reduzido, já apresenta todas as estruturas orgânicas bem diferenciadas. Toda a fase fetal, que acontece desde esta altura até ao nascimento é caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento destas estruturas já plenamente individualizadas (Moreira, 2014).

O desenvolvimento dos órgãos sensoriais do feto inicia-se durante a gestação, sendo um desses sentidos a audição. As primeiras experiências sensoriais do feto no período intrauterino são essenciais para o desenvolvimento adequado do cérebro. A audição configura-se como a capacidade de distinguir diferentes sons em diferentes frequências, intensidades e durações (Alemdar e Özedemir, 2017). Acredita-se que esta se estabelece na 22ª semana de gestação (Silva e Lopes, 2016), mas o início das respostas fetais a estes estímulos auditivos acontece apenas por volta das 27 semanas de idade gestacional (Alemdar e Özedemir, 2017).

Sabe-se que o ambiente *in utero* é rico em estimulação acústica para o feto. Esta pode ter origem em ruídos do corpo materno, ou origem nos ruídos ambientais em que a mãe está inserida. Estes estímulos são transmitidos ao feto através de um meio líquido, o líquido amniótico, mas também por meio sólido, à medida que o feto se aproxima do termo e se mantém em contacto com as paredes uterinas (Silva e Lopes, 2016).

Este ambiente atenua o som, especialmente os impulsos sonoros de frequências altas. Os sons experimentados pelo feto são primariamente aqueles provenientes do corpo da mãe – a sua voz e todos os sons relacionados com os ruídos da atividade do seu corpo, como a ingestão de alimentos, os ruídos respiratórios e a atividade cardiovascular e gastrointestinal, mas também estímulos acústicos ambientais que são provenientes do meio em que a mãe se encontra, e aqui pode incluir-se a música que ela ouve (Silva e Lopes, 2016). Estes sons protegem o feto e melhoram a adaptação do RN à vida extrauterina (El-Metwally e Medina, 2020).

É por isso que feto está em sintonia e consonância com os ritmos naturais maternos – biorritmicidade – tais como, os batimentos cardíacos. Depois do nascimento, um bebé que chora pode ser confortado e acalmado quando colocado sobre a mãe de forma a que consiga ouvir os seus batimentos cardíacos, ou ouvindo uma gravação desses batimentos (Williams, 2009).

Uma das tarefas dos RN é a de estabelecerem um biorritmo pessoal. Os pais podem ajudar neste processo, dando-lhes atenção, amor e carinho consistentes e aproveitando o estágio de alerta, durante as primeiras horas de vida do RN, para desenvolverem comportamentos responsivos, aumentando assim as interações e as oportunidades de aprendizagem e estabilização individual (Williams, 2009).

Os sons percebidos pelo feto durante a gestação não são só os relacionados e gerados pelo corpo da mulher grávida, mas também os relacionados com os sons do ambiente em que ela está inserida, nomeadamente da música que ouve (Pocinho, 2007).

A música e o som provocam reações profundas que fazem parte, talvez, de um passado biológico primitivo que nos impregna uma memória auditiva. Acredita-se que trazemos em nós a memória do ritmo cardíaco materno. Este batimento regular confere uma sensação de segurança e de bem-estar físico, fenómeno que se pode traduzir em termos musicais. A música é, assim, necessária e importante não só durante toda a vida fetal, mas também após o nascimento (Pocinho, 2007).

Reconhecer a existência de uma vida sensorial fetal que se configura como a capacidade do feto receber informações acústicas exteriores a si e de as assimilar com recurso a recetores sensoriais, de entre os quais os auditivos, permite também reconhecer que estas aprendizagens *in útero* são capazes de influir no comportamento neonatal, e que por isso nesta etapa pré-natal surge a oportunidade de uma pré-

aprendizagem auditiva (Pocinho, 2007). Acredita-se que o feto humano tenha a capacidade de aprender e recordar os estímulos auditivos do seu ambiente intrauterino e que esta memória possa ter um efeito calmante (Campbell-Yeo et al., 2011). O feto aprende a conhecer a voz da mãe, nas suas qualidades de timbre, inflexão, entoação e ritmo sendo por isso notória a preferência do RN pela voz materna, reconhecendo-a de entre as outras (Gomes-Pedro, 1985).

A música é a evocação da mãe, é repetir a relação com ela e com a natureza. Falar e cantar para o bebé, quer seja antes ou após o nascimento, é um comportamento humano essencial porque a relação mãe-bebé é já, antes do parto, uma relação sustentada no contacto sonoro intrauterino. É neste espaço íntimo e fusional da “noite uterina” que ocorrem “baladas amnióticas ao ritmo do coração” (Pocinho, 2007). Estas esboçam a pulsação e os movimentos ondulantes de vaivém, que o feto ouve e interioriza, e que constituirão o protótipo das canções de embalar (Carvalho, 1994).

O *white noise* caracteriza-se como um som ou ruído monótono composto por vários sons ambientais de diferentes frequências, semelhante ao som no útero materno. Sabe-se que os RN são influenciados e confortados pelos batimentos cardíacos da mãe antes do nascimento e que eles se acalmam quando ouvem este som familiar e ritmado após o parto ou nascimento (Karakoç e Türker; 2014).

Entende-se TP como o conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez iniciados, conduzem à expulsão do feto, membranas e líquido amniótico, cordão umbilical e placenta para o exterior. O TP pode ser dividido em quatro diferentes estádios que apresentam as seguintes designações: Dilatação (1º estádio), Período expulsivo ou Parto (2º estádio), Dequitação (3º estádio) (Machado e Graça, 2017) e puerpério imediato (4º estádio) (Fatia e Tinoco, 2016). Este quarto estádio, constitui um período crucial para a mãe e RN, uma vez que, é um período de recuperação, do processo físico do parto, avaliação do RN e da sua adaptação à vida extrauterina, mas também a conhecer-se um ao outro iniciando a relação entre ambos fundamental para o processo de vinculação. É neste período que os órgãos maternos passam pelo processo de reajustamento inicial para o estado não gravídico e o RN, continua a transição da existência intrauterina para a extrauterina (Crum, 2009).

A adaptação à vida extrauterina, ou transição fetal-neonatal caracteriza-se por um processo biológico complexo que envolve modificações funcionais em todos os órgãos

e sistemas do RN que conduzem a alterações cruciais nos seus sistemas circulatório e respiratório que culminam na manutenção de trocas gasosas adequadas sem a intervenção da circulação placentar, permitindo-lhe viver separado da unidade útero-placentar. Os aspetos mais importantes desta transição são: a conversão do pulmão cheio de líquido num órgão arejado e distensível, capaz de efetuar trocas gasosas; transição da circulação fetal para o estabelecimento da circulação tipo “adulto”; a separação de um ambiente térmico estável como o útero materno e adaptação ao meio extrauterino e a adaptação metabólica à vida extrauterina. Na maioria dos casos esta transição e adaptação ocorre de forma suave, podendo esta ocorrer de forma mais ou menos rápida (Malveiro, Marçal e Tuna, 2019; Teixeira, Rocha e Guimarães, 2007).

O índice de Apgar continua a ser um indicador de grande utilidade para avaliar a qualidade da adaptação à vida extrauterina. Nesta avaliação vigiam-se cinco parâmetros neonatais e atribui-se um *score* de 0, 1 e 2 para cada um deles. Estes parâmetros e pontuação são: Frequência Cardíaca (FC) – ausente (0), <100bpm (1) e >100bpm (2); Respiração – ausente (0), irregular (1) e choro vigoroso (2); Tónus muscular – hipotonia (0), flexão das extremidades (1) e movimento ativo (2); Resposta a estímulos – ausente (0), choro (1) e choro forte (2) e Cor da pele – cianose central ou palidez (0), cianose periférica (1) e rosado (2). Quanto mais elevado índice de Apgar melhor a adaptação à vida extrauterina (Graça e Moniz, 2017).

No RN de termo esta adaptação fisiológica à vida extrauterina decorre ao longo das primeiras 24 horas após o nascimento e considera-se concluída quando os parâmetros vitais, a capacidade para se alimentar e as funções gastrointestinais e renais estão estabelecidas e normais. Existe, no entanto, cerca de 1% a 2% dos RN de termo a apresentar dificuldades nesta adaptação e transição (Teixeira, Rocha e Guimarães, 2007).

A intervenção de enfermagem deve ir no sentido de suportar estes processos biológicos fundamentais à homeostasia do organismo. Assim, a musicoterapia pode ser utilizada pelos enfermeiros como intervenção no exercício da sua profissão, definindo-se a mesma como, a utilização da música para ajudar a alcançar uma mudança fisiológica específica, sensorial ou comportamental (Vera et al., 2013).

A musicoterapia é uma intervenção não invasiva, eficaz e económica que ajuda os enfermeiros na criação de um ambiente de promoção da saúde e do bem-estar do paciente (Vera et al., 2013).

A atual conceção da saúde exige uma abordagem multidisciplinar e justifica amplamente o contributo da musicoterapia como disciplina em crescimento, assim, os cuidados de enfermagem, entendidos como um processo holístico e individual, podem enriquecer-se com os contributos desta disciplina (Vera et al., 2013) contribuindo-se para a promoção do conforto que intrinsecamente se relaciona com a saúde por proporcionar alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Especificamente na área da obstetrícia e neonatologia é reconhecido que a aplicação da música melhora a qualidade da gravidez, parto e nascimento do bebé, reduzindo o nível de ansiedade da mãe e o *stress* neonatal. A criança relacionar-se-á com as melodias que reconhecer do útero e estas estimularão o seu sistema neurovegetativo (sistema responsável pela homeostase, respostas apropriadas e coordenadas a estímulos externos e sincronização das atividades metabólicas com o ritmo circadiano cujos efectores são o musculo liso, cardíaco e glândulas) o que proporciona ao RN diferentes respostas e sensações (Frederico, 2001). Ou seja, a música funciona como um neurotransmissor interativo que atua diretamente no cérebro do feto, imprimindo no RN diferentes sensações, que o levarão de volta a um estado agradável que ele experienciou ainda no útero materno (Berrocal, 2008).

A utilização dos sons do ritmo cardíaco materno, em concomitância com música calmante proporcionam um controlo significativo da dor nos RN, nas unidades neonatais, melhorando resultados fisiológicos e comportamentais ou para gerir a dor durante procedimentos médicos (Bo e Callaghan, 2000; Hartling et al., 2009).

Estudos demonstraram que o *white noise* e a voz materna são frequentemente utilizados durante procedimentos dolorosos por diminuem a reação à dor devido à distração que induzem através da estimulação sonora (Kahraman et al., 2020).

Quando comparados com o grupo de controlo, os RN submetidos à audição de *white noise* ou canto materno viram: os seus níveis de dor reduzidos, sendo que o *white noise* foi mais eficaz que o canto materno; o conforto aumentado; o tempo de choro reduzido; os níveis de saturação de oxigénio aumentados e o batimento cardíaco reduzido durante a realização de um procedimento doloroso (Kahraman et al., 2020).

A implementação de intervenções musicais traz diversos benefícios tais como, favorecer o aumento e estabilização da saturação de oxigénio, a regulação da FC e respiratória, a promoção e indução do sono, melhoria da sucção-não-nutritiva, o ganho ponderal e a redução do tempo de internamento hospitalar (Palazzi, Meschini e Piccinnini, 2017). Estes resultados sugerem que a estimulação musical pode ser aplicada para reduzir os efeitos adversos dos procedimentos invasivos e aumentar a adaptação dos RN à vida extrauterina (Kahraman et al., 2020).

Os enfermeiros podem usar o *white noise* e envolver as mães nos cuidados, o que proporciona o desenvolvimento de cuidados centrados na família, e contribui para a promoção do conforto do RN pelos cuidados que recebe e o conforto da mãe pelo senso de pertença e concretização pelos cuidados que presta ao seu filho. Isto reduz não só a dor, como proporciona conforto aos RN, reduz os dias de internamento hospitalar e melhora a satisfação dos pais com os cuidados prestados aos seus filhos (Kahraman et al., 2020).

A perceção de que as técnicas e intervenções musicais aplicadas a RN em contexto de internamento têm um efeito benéfico para os mesmos quer a nível fisiológico, neurosensorial e comportamental foi o motor para esta investigação, pretendendo-se assim, perceber se a aplicação dessas intervenções musicais, incluindo o *white noise*, têm efeitos semelhantes nos RN após o nascimento, de maneira a ajudá-los na sua adaptação à vida extrauterina.

2.2. Teoria do conforto de Kolcaba

O interesse pelo conhecimento alavancou a concetualização de referenciais teóricos que servem para desenvolver a prática profissional e a investigação. As teorias sustentam a Enfermagem como disciplina e profissão visto que possibilitam a exposição do conhecimento de forma sintetizada permitindo ao enfermeiro organizar o pensamento crítico, juízo e tomada de decisão o que se traduz na melhoria dos cuidados prestados e na autonomia profissional (Alligood, 2011).

No âmbito dos cuidados especializados em ESMO a pessoa cliente de cuidados é a pessoa mulher em todas as suas diferentes especificidades. No entanto, durante períodos específicos emergem também outros clientes dos cuidados dos EEESMO, nomeadamente o feto / RN. Assim, como no puerpério para além da pessoa puérpera, também o RN se torna cliente de cuidados (OE, 2022).

Na definição de conforto holístico para a enfermagem, Kolcaba (2003) na sua teoria, refere que este é um estado imediato e holístico do ser fortalecido através da satisfação das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos de experiência, o físico, o psico-espiritual, o social e o ambiental. Entende-se por alívio o estado de ter um desconforto atenuado ou aliviado, por tranquilidade a ausência de desconfortos e transcendência pela capacidade de ultrapassar desconfortos quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba e DiMarco, 2005).

A teoria do conforto de Kolcaba (2003), enfatiza aos aspetos físicos, psico-espirituais, socioculturais e ambientais do conforto o que dá contributo para uma abordagem proativa e multifacetada dos cuidados de enfermagem prestados. Em cuidados proativos mais do que minimizar aspetos negativos da doença ou trauma como a dor, ansiedade e depressão procura-se enaltecer e valorizar indicadores importantes para o equilíbrio das funções vitais como o conforto, esperança e resiliência (Magvary, 2002).

Em pediatria os cuidados estão mais direcionados para a aplicação de medidas do alívio da dor ou desconforto do que para a aplicação de estratégias promotoras do conforto. A avaliação do conforto como um resultado positivo e holístico do cuidado em enfermagem e não mera e erradamente como a ausência de desconforto, é importante para medir a eficácia das medidas de conforto (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Assim, o recurso à música, mais especificamente ao *white noise*, ao longo de todo o TP procura proporcionar conforto ao RN. Dando-lhe alívio por lhe atenuar o desconforto do nascimento por evocação do ambiente intrauterino; proporcionando-lhe tranquilidade por contribuir para o desvanecimento do desconforto de ter nascido e contribuindo para a sua transcendência por melhorar a capacidade de ultrapassar e adaptar-se à vida extrauterina nos contextos de experiência: com efeitos físicos de estabilidade hemodinâmica; psico-comportamentais de calma e controlo do choro; sociais de relação e vinculação com os pais e ambientais por se assemelhar ao meio *in útero*.

Pelo exposto, o estudo do conforto como cuidado de enfermagem, no que diz respeito aos cuidados em obstetrícia e neonatologia, a Enfermagem é uma resposta / intervenção confortadora de uma pessoa para outra num momento de necessidade de conforto (Kolcaba 2003). Isto visa o desenvolvimento e fortalecimento do bem-estar e do estar-melhor de quem necessita de ajuda, neste caso o RN, mas também a pessoa

parturiente. Uma vez que, um não se dissocia do outro. Ambos funcionam em simbiose com reflexo nas respostas de um para outro. Ou seja, o conforto proporcionado à pessoa parturiente tem invariavelmente efeitos benéficos no RN e a sua ausência tem efeitos negativos. O mesmo acontece quando o foco é no cliente de cuidados RN.

2.3. Metodologia

A metodologia é uma etapa crucial do processo de investigação pois, é a rota para a concretização e desenvolvimento dos objetivos de um estudo, permitindo ao investigador elaborar a sua investigação respondendo às questões formuladas.

Na elaboração deste trabalho foi utilizada como estratégia metodológica a realização de uma *Scoping Review (ScR)* que se apresenta seguidamente e cujo protocolo se encontra em apêndice II, de acordo com o *Joanna Briggs Institute*[®] (JBI).

Para isso, antes da realização da *ScR* foi elaborada uma pesquisa preliminar na plataforma *EBSCOhost – Research Databases* e não foram identificadas revisões sistemáticas ou revisões que estudem a utilização da musicoterapia neste contexto, daí a importância e pertinência desta investigação.

2.3.1. Scoping Review

A opção pela realização de uma *ScR* prende-se com o facto de este tipo de revisão permitir mapear a evidência disponível sobre determinado tema, campo, conceito ou questão específica. Para a fundamentação desta temática, pretendeu-se esclarecer os conceitos e, por consequente, as definições existentes na literatura disponível, garantindo a identificação das palavras-chave relacionadas com estes (Aromataris & Munn, 2020).

A *ScR* possibilita, com recurso a métodos rigorosos e transparentes, a apresentação sintetizada de vários estudos, trabalhos e artigos sobre um determinado tema com evidência científica atual e de qualidade de maneira a sumarizar o conhecimento existente. Este é um instrumento / recurso fundamental para a Enfermagem enquanto ciência que, juntamente com a experiência profissional, possibilita a sustentação da prática profissional baseada na evidência. Nesta metodologia é desenvolvido um protocolo de pesquisa onde consta a questão de revisão, o objetivo da investigação, apresentados os métodos utilizados como a definição de critérios de inclusão e exclusão, estratégia de pesquisa, seleção dos estudos relevantes, extração,

apresentação e discussão dos resultados e apresentação das conclusões da investigação (Aromataris & Munn, 2020).

Foi elaborada a questão de revisão: *Quais os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina?* e com recurso a ela, elaborado o objetivo: mapear a evidência sobre os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Depois da definição da questão de revisão e identificação do objetivo da investigação, foram definidos critérios de inclusão, que tentaram ser claros, pertinentes e inequívocos de forma a promover uma adequada resposta à questão elaborada (Peters et al. 2017). Assim, com recurso à mnemónica **PCC** foram definidos os seguintes critérios de inclusão: **P**articipantes – recém-nascido; **C**onceitos – musicoterapia, *white noise*, trabalho de parto, recém-nascido e vida extrauterina; **C**ontexto – “open” e quanto aos tipos de estudo selecionados incluíram-se estudos de paradigma qualitativo, quantitativo ou misto.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo mapear a evidência sobre os benefícios da musicoterapia para a adaptação do RN à vida extrauterina, como referido anteriormente. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada na Plataforma *EBSCOhost - Research Databases* para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e termos indexados utilizados para descrever os artigos, foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa utilizada nas bases de dados CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE Complete, MedicLatina, PubMed e Google Scholar (Apêndice III). A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos indexados, foram adaptadas para cada base de dados.

Não foi utilizado friso cronológico, como tentativa de mapear toda a informação presente nestas bases de dados sobre o tema, e foram incluídos estudos em qualquer idioma, produzidos e publicados em qualquer país do mundo. Serão excluídos todos os artigos que não cumpram os critérios acima referidos.

Com base nos conceitos estipulados na PCC (Participantes, Conceitos e Contexto) foram selecionados os seguintes descritores: “*Infant, Newborn*”; “*Music Therapy*”; “*White noise*”; “*Intrauterine Sounds*”; “*Delivery, Obstetric*”; “*Parturition*”; “*Labor, Obstetric*”; “*Intrapartum, Care*”; “*Postpartum Care*”; “*Postpartum*” que relacionados através dos operadores booleanos, “AND” e “OR”, obteve-se a seguinte expressão de pesquisa: “*Infant, Newborn AND (Music Therapy OR White noise OR Intrauterine Sounds) AND (Delivery, Obstetric OR Parturition OR Labor, Obstetric OR Intrapartum, Care OR Postpartum Care OR Postpartum)*”, em abril de 2023.

Seleção dos estudos

Após desenvolvimento da estratégia de pesquisa completa e remoção dos estudos duplicados, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, que foram analisados por dois revisores independentes para avaliação em função dos critérios de inclusão para a revisão.

Os documentos potencialmente relevantes foram extraídos na íntegra e as suas informações de relevância introduzidas no Sistema JBI® para a Gestão Unificada, Avaliação e Revisão de Informação (Aromataris & Munn, 2020).

O texto integral dos artigos da pesquisa foi avaliado em pormenor em função dos critérios de inclusão por dois revisores independentes. As razões de exclusão dos documentos que não cumpriam os critérios de inclusão foram registadas e comunicadas no relatório da ScR (Apêndice II).

Quaisquer divergências que surgiram entre os revisores em cada fase do processo de seleção foram resolvidas através de discussão, ou com um ou mais revisores adicionais. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo foram comunicados na íntegra na revisão sistemática final e apresentados numa extensão de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-analyses for scoping review* (PRISMA-ScR).

Na etapa de *Identification* foram identificados 32 artigos (7 na base de dados CINAHL Complete; 1 na Cochrane Central Register of Controlled Trials; 6 na MEDLINE Complete; nenhum na MedicLatina, 1 na PubMed e 17 no Google Scholar) sendo que foram removidos 8 artigos que se encontravam duplicados, tendo seguido para revisão na etapa seguinte 24 artigos.

Na etapa seguinte, *Screening*, após a leitura do título e resumo dos artigos, foram excluídos 10 artigos, por estes não contemplarem os critérios de inclusão relativos à população e conceito. Posteriormente, com a leitura integral, foram excluídos 9 artigos, 6 após verificação da ausência da definição clara dos objetivos do estudo, da sua metodologia e da apresentação da discussão dos resultados e 3 por não responderem à questão de revisão. Concluindo-se com a inclusão de 5 artigos na revisão (n = 5).

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only

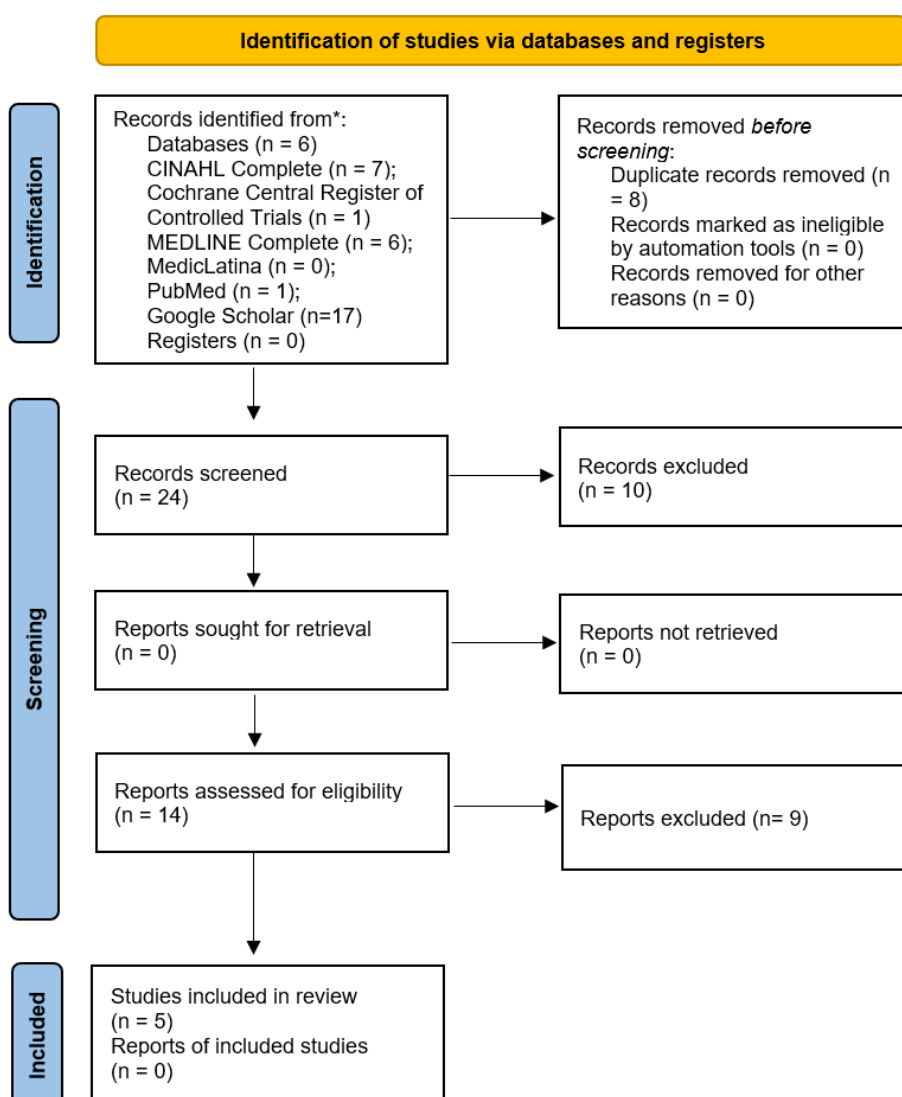


Figura 1 - PRISMA-ScR

Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

Extração dos dados

Os dados foram extraídos de estudos incluídos na *ScR* por dois revisores independentes utilizando o *Data extraction instrument* de acordo com *Protocolo da Scoping Review* do JBI®. Os dados extraídos incluem conteúdos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e conclusões-chave relevantes para a questão de revisão.

A ferramenta de extração de dados, foi modificada e revista conforme necessário durante o processo de extração de cada artigo incluído.

Conforme apresentado no Quadro 1, os cinco artigos incluídos foram publicados em revistas internacionais entre 2008 e 2020, todos eles escritos em inglês à exceção de um, que se encontrava escrito em espanhol. São estudos com uma relativa heterogeneidade em termos geográficos visto que quatro foram conduzidos na Europa e um na América do Norte. Foi considerada uma revisão sistemática da literatura, três estudos quantitativos (estudos controlados randomizados) e um estudo qualitativo. Os participantes incluídos nos artigos são mulheres grávidas em processo de TP, parto e pós-parto e os seus filhos após o nascimento a quem foram submetidos algum tipo de intervenção de musicoterapia. Nos artigos quantitativos, foi utilizada estatística descritiva para o tratamento dos dados recolhidos enquanto que, no estudo qualitativo foi utilizada a análise de conteúdo para tratamento dos dados recolhidos com as entrevistas.

Título	Autores	Tipo de Estudo / Objetivos	Ano de publicação / País de origem
<i>The Effects of Mothers' Singing on Fullterm and Preterm Infants and Maternal Emotional Responses</i>	Andrea M. Cevasco	Trata-se de um estudo controlado randomizado (Nível 1.c – Estudo controlado randomizado – Evidência de eficácia, nível 1 Desenhos experimentais) realizado nos EUA a mães e RN de termo e pré-termo nascidos e internados num centro hospitalar dos EUA. Cujo objetivo é determinar os efeitos da criação de uma gravação com o canto materno de cada mãe de RN pré-termo para ser utilizado com ele na UCI neonatal na (a) capacidade das mães de RN pré-termo para lidar com os seus bebés e na criação de vínculo com eles e (b) na duração da hospitalização e no aumento de peso dos RN pré-termo. Um segundo aspeto do estudo consistiu em investigar se as mães de RN de termo e de RN pré-termo beneficiavam com a gravação de canções com a voz materna para usarem em casa com os seus bebés durante as primeiras 2 semanas após a alta.	2008 / Estados Unidos da América
<i>Music as a conditioning aid in the childbirth experience: A qualitative study</i>	Amalia Klimi; Electra-Golfo Economidou; Maria Froudaki e Alexandra Mantoudi	Trata-se de um estudo qualitativo (Nível 3 (estudo qualitativo único) – Nível de Evidência para Meaningfulness). O objetivo deste estudo piloto foi explorar a extensão e a forma como a música, assim como outros sons, podem influenciar a experiência do parto natural. Tem como objetivo específico estudar as experiências e opiniões das mulheres que têm a oportunidade e a escolha de ouvir música durante o parto, de maneira a explorar a forma como a música e outros sons podem influenciar a experiência do parto e compreender melhor estes processos.	2011 / Grécia
<i>Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and</i>	Serap Simavli; Ilknur Gumus; Ikbal Kaygusuz; Melahat	Trata-se de um estudo controlado randomizado (Nível 1.c – Estudo randomizado controlado – Evidência de eficácia, nível 1 Desenhos experimentais) que tem como objetivo avaliar o efeito da música na dor do TP e ansiedade, hemodinâmica	2014 / Turquia

<i>Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial</i>	Yildirim; Betul Usluogullari e Hasan Kafali	materna, parâmetros fetais/ neonatais e necessidade de analgesia pós-parto em mulheres primíparas.	
<i>Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto</i>	Marta Cortés Campos	Este estudo trata-se de uma revisão integrativa (Nível 1.b – Revisão sistemática de Estudos Controlados Randomizado e outros desenhos de estudo – Evidência de eficácia, nível 1 Desenhos experimentais) em que foi efetuada uma pesquisa da literatura científica sobre os efeitos da musicoterapia na gravidez e no parto em que foram integrados 4 estudos publicados entre 2008 e 2010. Tem o objetivo de analisar e descrever a melhor evidência disponível sobre os efeitos da musicoterapia durante a gravidez e o parto	2015 / Espanha
<i>The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother–infant bonding: a randomised, controlled study</i>	Verena Wulff; Philip Hepp; Oliver Wolf; Percy Balan; Carsten Hagenbeck; Tanja Fehm e Nora Schaal	Trata-se de um estudo controlado randomizado (Nível 1.c – Estudo randomizado controlado – Evidência de eficácia, nível 1 Desenhos experimentais) que tem como objetivo investigar se uma intervenção pré-natal com música e canto pode melhorar o bem-estar materno bem como melhorar o vínculo mãe-bebé.	2020 / Alemanha

Quadro 1 - Apresentação dos estudos incluídos

Todas as conclusões dos cinco estudos atestam que existem benefícios para os RN com consequentes ganhos em saúde associados à aplicação da musicoterapia, com recurso a diferentes técnicas, nomeadamente audição musical (de diferentes estilos musicais) e canto com voz materna, durante a gravidez, TP, parto e puerpério imediato. Os benefícios que a musicoterapia proporciona para o RN são identificados de uma forma quase transversal em todos artigos e estas são descritas, seguidamente, na apresentação e análise dos dados.

2.4. Análise e discussão dos resultados

O TP e nascimento são eventos potencialmente indutores de *stress* fetal, neonatal (Frederico, 2001) e materno.

A audição de música ou o canto mostraram efeitos positivos imediatos no estado emocional da grávida, diminuindo o *stress* pela redução dos níveis de cortisol, e melhorando a ligação ao filho (vinculação) pelo aumento dos níveis de ocitocina (Wulff et al., 2020).

Na investigação levada a cabo por Simavli et al. (2014) em que foi investigado o efeito da musicoterapia nos parâmetros feto-neonatais demonstrou-se que esta intervenção contribuiu para um aumento da frequência cardíaca fetal basal, com maior número de acelerações e maior número de movimentos fetais durante todas as fases do TP o que melhorou os parâmetros do *Non Stress Test* (Simavli et al., 2014). Isto comprova aquilo que Silva e Lopes (2016) referem quando dizem que o ambiente *in útero* é rico em estimulação acústica para o feto e que este tem capacidades neurossensoriais auditivas e que biologicamente o seu corpo responde a estímulos auditivos (Alemdar e Özedemir, 2017).

É importante reconhecer que o feto participa, no processo de parto, cujo mecanismo é complexo e o envolve diretamente. A sua participação é aparentemente passiva, mas não se deve esquecer que os seus sentidos, nomeadamente a audição já está há muito desenvolvida. A utilização da música ajuda não só a mulher grávida e o feto de várias formas durante o TP como também, se observam benefícios para o RN durante o período pós-parto (Klimi et al., 2011).

A música é um instrumento auxiliador que pode ser utilizado tanto na preparação para o parto como durante o próprio parto, não existindo contra-indicações para a utilização da mesma no período pré-natal, TP, parto e pós-parto (Klimi et al., 2011). Constatam-se efeitos imediatos positivos do canto ativo e da audição passiva de música sobre os níveis de cortisol e ocitocina assim como, uma melhoria da percepção subjetiva de prazer, sentimento de controlo, maior relaxamento e maior independência percebida pela grávida quando utilizados (Wulff et al., 2020). Relacionado também com o período do TP outro achado encontrado foi que a fase ativa e a segunda fase do TP foram significativamente mais curtas quando utilizada musicoterapia, por induzirem um aumento da ocitocina, hormona indispensável para as contrações uterinas e pelo efeito de relaxamento e maior controlo benéfico para a progressão do TP pois, o facto das mulheres sentirem mais dor e ansiedade à medida que o TP progride, com consequente redução da tolerância e controlo pode afetar negativamente a capacidade de fazer esforços expulsivos (Simavli et al., 2014; Wulff et al., 2020).

Sendo a intervenção de enfermagem uma atividade no sentido de suportar os processos biológicos, como o TP, que devem contribuir para a homeostasia do organismo e percebendo-se que a musicoterapia tem o efeito de reduzir este período, esta pode ser utilizada pelos enfermeiros no exercício da sua profissão, no sentido de ajudar a alcançar uma mudança fisiológica específica, sensorial ou comportamental (Vera et al., 2013) como a redução da dor e ansiedade e melhoria do controlo da mulher e mais relaxamento neste momento. Isso trará efeitos benéficos para o feto e RN por se diminuir os níveis de cortisol em circulação e reduzir-se o tempo de TP que é um momento naturalmente indutor de *stress* para o feto (Simavli et al., 2014; Wulff et al., 2020).

A avaliação do índice de Apgar ao 5º minuto foi de 9 e 10 em todos os RN sujeitos a musicoterapia no TP que participaram na investigação de Simavli et al. (2014), sendo que o mesmo não aconteceu ao grupo de controlo que não recebeu esta intervenção (neste estudo não foi disponibilizada a informação do *score* do IA ao primeiro e décimo minuto de vida dos RN participantes). Sendo este índice tradutor da adaptação do RN à vida extrauterina, onde *scores* mais elevados demonstram melhor adaptação, e tendo a musicoterapia benefícios na estabilidade hemodinâmica, comportamentais e relacionais poder-se-á levantar a questão de se existe relação entre ambos, sendo este um possível tema de investigação futura. Esta transição envolve processos de

modificação funcional dos órgãos fetais, com implicação nos sistemas respiratório e circulatório do RN (Teixeira, Rocha e Guimarães, 2007).

Sendo a FC e o tónus muscular do RN parâmetros avaliados no índice de Apgar (Graça e Moniz, 2017) e tendo a musicoterapia efeitos benéficos na FC fetal e aumento dos movimentos fetais durante o TP (Simavli et al., 2014), este poderá ser um tema abordado em investigações futuras para se perceber se existe relação de causalidade entre estas duas variáveis.

Apesar de não terem sido objetivamente recolhidos dados sobre a saturação de oxigénio, FC e respiratória dos RN na investigação de Cevasco (2008) observou-se que muitos bebés evidenciaram sinais fisiológicos positivos enquanto ouviam a gravação do canto materno (Cevasco, 2008). Reconhecer a existência de uma vida sensorial fetal que se configura como a capacidade do feto receber informações acústicas exteriores a si e de as assimilar com recurso a recetores sensoriais, como a audição, permite também, reconhecer que estas aprendizagens *in útero* são capazes de influir no comportamento neonatal, e que por isso nesta etapa pré-natal surge a oportunidade de uma pré-aprendizagem auditiva (Pocinho, 2007). Anteriormente já era aceite esta ideia de que o feto aprende a conhecer a voz da mãe e que a reconhece de entre as outras.

Sabe-se que o *white noise* e o canto materno, produzem efeitos benéficos na dor, conforto, choro e parâmetros vitais dos RN submetidos à audição dos mesmos que viram: os seus níveis de dor reduzidos, o conforto aumentado, o tempo de choro reduzido, os níveis de saturação de oxigénio aumentado e o batimento cardíaco reduzido durante a realização de um procedimento doloroso (Kahraman et al., 2020). Na mesma linha observa-se que a implementação de intervenções musicais traz diversos benefícios fisiológicos tais como, favorecer o aumento e estabilização da saturação de oxigénio, a regulação da FC e respiratória, a promoção e indução do sono, melhoria da sucção-não-nutritiva, o ganho ponderal e a redução do tempo de internamento hospitalar (Palazzi, Meschini e Piccinnini, 2017). Estes são alguns dos sinais positivos a nível fisiológico que Cevasco (2008) observou, mas que não mensurou no seu estudo.

A nível comportamental observou-se que mães que utilizam a música com os seus filhos com recurso ao seu canto reconhecem o seu efeito calmante, utilizando-o para esse fim

quando eles se encontram agitados, observam que os ajuda a deixar de chorar, e é um bom recurso para estes adormecerem (Cevasco, 2008) ou seja, tem a capacidade de induzir o sono. Isto foi também reconhecido por mulheres que ouviram música com os seus filhos nas primeiras horas do pós-parto por reconhecerem que os seus filhos se acalmavam ao som da música, como se a reconhecessem por terem-na ouvido durante a gravidez (Klimi et al., 2011).

Este efeito de relaxamento e indutor do sono foi também relatado por Campos (2015) quando refere que os RN que foram expostos a música demonstraram reações positivas e benéficas quando reconheciam as músicas que tinham ouvido previamente e que estes principais efeitos foram que ao escutar estas músicas os RN se acalmavam e adormeciam (Campos, 2015). Estes efeitos observados sustentam a ideia de que o feto humano tem a capacidade de aprender e recordar os estímulos auditivos do ambiente intrauterino e que esta memória tem um efeito calmante em si após o nascimento (Campbell-Yeo et al., 2011).

Outro achado interessante, apesar de estatisticamente pouco robusto, foi que em RN prematuros que receberam estimulação musical têm um aumento ponderal superior e que os seus dias de hospitalização são inferiores (2 dias) em relação àqueles que não receberam esta intervenção auditiva (Cevasco, 2008). Este achado vai ao encontro dos de Palazzi, Meschini e Piccinnini (2017), que referem que a implementação de intervenções musicais traz benefícios para o RN como, ganho ponderal e a redução do tempo de internamento hospitalar.

Foi observado também, no estudo de Cevasco (2008), que RN estimulados com canto materno, ouviam e prestavam atenção à música cantada e sorriam quando esta era reproduzida, isto corrobora a ideia de que falar e cantar para o bebé, quer seja antes ou após o nascimento, é um comportamento humano essencial porque a relação mãe-bebé é já, antes do parto, uma relação sustentada no contacto sonoro intrauterino (Carvalho, 1994). A criança vai relacionar-se e reconhecer músicas ouvidas *in útero* e estas estimularão o seu sistema neurovegetativo com efeitos nos outros seus sistemas o que proporciona ao RN diferentes respostas e sensações (Frederico, 2001). Neste sentido a música funciona como um neurotransmissor interativo que atua diretamente no cérebro e que contribui para a memória biológica do RN relativamente a diferentes

sensações, que o levarão de volta a um estado agradável já experienciado no útero materno (Berrocal, 2008).

Este efeito de causalidade e de resposta do RN ao reconhecer e responder a uma música, como *white noise*, ou responder à voz materna é reconhecido pelas mães como promotor do vínculo mãe-bebé, quando estas referem que sentem que seu canto ajuda a promover uma forte ligação entre si e o seu filho (Cevasco, 2008). Acredita-se que os RN trazem a memória do ritmo cardíaco materno. Este batimento regular confere uma sensação de segurança e de bem-estar físico, fenómeno que se pode traduzir em termos musicais (Pocinho, 2007) como no *white noise*.

Sabe-se que os RN são influenciados e confortados pelos batimentos cardíacos da mãe antes do nascimento e que eles se acalmam quando ouvem este som familiar e ritmado após o parto (Karakoç e Türker; 2014). A música é, assim, necessária e importante não só durante toda a vida fetal, como também após o nascimento (Pocinho, 2007) sendo um contributo vital para o início do estabelecimento do processo de vinculação.

Observou-se que as mães dos grupos experimentais que participaram na investigação de Cevasco (2008) cantaram e utilizaram mais música com os seus filhos. Uma explicação para isto pode ser atribuída ao facto de terem percebido, através do estudo de investigação, a importância de cantar para o seu bebé.

Foi reconhecido também que se deve disseminar a informação, de maneira a sensibilizar todas as partes interessadas – casais, obstetras e parteiras e organismos administrativos – sobre esta questão a fim de permitir a utilização da música no parto num contexto mais vasto. Salienta-se que se considerou aconselhável que a equipa de enfermagem melhorasse a sua compreensão da utilização da musicoterapia durante o TP e que por isso seria importante a sua formação assim como, dos futuros pais para que a utilização da música como apoio ao parto se torne uma prática quotidiana (Klimi et al., 2011). Até porque o encorajamento e o *feedback* positivo dado às mães durante a utilização do seu canto com os seus filhos pode ter-lhes dado confiança e, assim, tê-las capacitado positivamente para cantarem para eles por saberem os benefícios que essa prática acarreta (Cevasco, 2008), por informação e estímulo fornecidos pelos profissionais com conhecimentos sobre o assunto.

Parece sustentar-se a receptividade da utilização desta estratégia quando a mesma é disseminada pois, observou-se que as mães que utilizaram musicoterapia, nomeadamente o recurso ao canto materno, indicaram uma maior crença na importância da música, evidenciado pela sua crença de que a música era útil para os seus bebés, que era importante cantar para os seus bebés e que era importante tocar música para os seus bebés (Cevasco, 2008), o que motiva e melhora a adesão à estratégia.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode reconhecer-se assim, a musicoterapia como uma intervenção não invasiva, eficaz e económica que ajuda os enfermeiros na criação de um ambiente de promoção da saúde e do bem-estar do paciente (Vera et al., 2013) e que pode ser clinicamente recomendada como um método alternativo, seguro, fácil, não invasivo e não farmacológico para reduzir o *stress* e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar materno-fetal (Simavli et al., 2014; Wulff et al., 2020) e neonatal.

O EEESMO na sua prática diária pode recorrer à musicoterapia, nomeadamente ao *white noise*, como intervenção de promoção da adaptação do RN à vida extrauterina por esta apresentar efeitos positivos no conforto e conseqüentemente na saúde do mesmo.

A sua implementação proporciona conforto físico ao RN por recriar um ambiente sensorial similar ao ambiente *in útero*, que evoca a biorritmicidade com que o RN nasce, pela reprodução dos sons que se assemelham aos sons intrauterinos como os batimentos cardíacos maternos e fluxo sanguíneo, o que o ajuda a acalmar tendo repercussões benéficas na sua estabilidade hemodinâmica; promove também o conforto psicológico pelo efeito calmante, relaxante, indutor do sono e minimizador do *stress* que proporciona ao RN, o que o ajuda na diminuição da sensação de desconforto e insegurança, que ocorre na transição do meio intra para o meio extrauterino aquando o nascimento; favorece o conforto social pelo fortalecimento da vinculação entre a tríade por proporcionar ao RN uma sensação reconfortante e de continuidade entre a vida intra e extrauterina e contribui para o conforto espiritual porque a sua utilização induz no RN estados de bem-estar e conforto anteriormente experienciados na sua vida intrauterina o que se configura numa vivência transcendental por evocar uma memória não consciente mas que apresenta efeitos reais prazerosos na pessoa RN (Kolkaba, 2003).

Na aplicação da teoria do conforto de Kolcaba (2003) em conjunto com a utilização da musicoterapia com recurso ao *white noise*, na adaptação do RN à vida extrauterina é destacado como estratégias sensoriais e ambientais podem ser empregues para criar um ambiente mais confortável e familiar para o RN, abordando as suas necessidades fisiológicas, sensoriais, emocionais e relacionais durante a transição crítica que é a passagem da vida intra para a vida extrauterina com efeitos benéficos na sua saúde.

Ainda que as conclusões demonstrem os efeitos da musicoterapia transversalmente positivos, estes podem ser diferentes noutros grupos populacionais sendo por isso necessária mais investigação, para ajudar a determinar se as diferenças geográficas, demográficas, socioculturais e religiosas/ crenças afetam as respostas ou as perceções da eficácia desta intervenção.

Uma das limitações deste estudo prendeu-se com o facto de a maioria dos artigos selecionados para análise ser anterior a 2015 (apenas um artigo recente de 2020) o que se poderá refletir nas conclusões tiradas, por poderem já não estar em consonância com a atualidade. Este facto demonstra a necessidade de investigação sobre este tema, produzindo-se conhecimento mais atual, para determinar os efeitos da musicoterapia na adaptação do RN à vida extrauterina, abrindo leque para outras questões de investigação como que tipo de música é mais eficaz para esta adaptação. Por este motivo, torna-se necessário continuar a investigar de forma a desenvolver uma prática baseada na evidência que permita agir da forma mais segura, eficaz e de qualidade.

A elaboração do presente relatório respondeu aos objetivos inicialmente propostos incitando a autorreflexão e o sentido crítico sobre as atividades desenvolvidas e experiências vividas, que decorreram em aprendizagens individuais permitindo a consolidação de conhecimentos essenciais à prática em ESMO com consequente aquisição e desenvolvimento de competências profissionais comuns e específicas do enfermeiro especialista, tendo sempre em vista a melhoria dos cuidados prestados ao RN e família. Permitiu também a identificação dos benefícios da utilização de intervenções com musicoterapia para a adaptação do RN à vida extrauterina e a importância da utilização transversal da mesma ao longo do TP. Foi notório a perceção de que estas intervenções desenvolvem efeitos não só nos RN, mas também nas suas mães o que terá por consequência efeito neles pela relação simbiótica que estes têm desde a gestação até ao no início de vida do RN.

Cabe ao EEESMO utilizar a musicoterapia como recurso válido, importante e com efeitos positivos nos clientes que cuida utilizando-a na sua *praxis* diária pelos benefícios explanados neste trabalho.

A consciência dos benefícios da utilização da musicoterapia enquanto intervenção terapêutica, já muito estudada em contextos de cuidados neonatais, merece atenção

por parte dos EEESMO, pois o conhecimento do efeito deste fenómeno contribui para o desenvolvimento do corpo de saberes em ESMO. A aplicabilidade da temática em estudo na prática clínica permite melhorar a qualidade e excelência dos cuidados prestados com efeitos imediatos de estabilização hemodinâmica e satisfação e a longo prazo por fortalecimento da vinculação mãe-bebé e efeitos benéficos neurolinguísticos no RN. Torna-se por isso importante a divulgação da evidência e nesse sentido pretende-se, no futuro, submeter a *ScR* a publicação em formato de artigo científico. Acredita-se que isso poderá contribuir para a melhoria da prática com base nesta evidência científica promovendo a adaptação saudável do RN à vida extrauterina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alemdar, D. & Özdemir, F. (2017). Effects of Covering the Eyes versus Playing Intrauterine Sounds on Premature Infants' Pain and Physiological Parameters during Venipuncture. *Journal of Pediatric Nursing* 37, e30-e36. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.016>

Alfadhli, E. (2015). Gestational diabetes mellitus. *Saudi Medical Journal*, 36(4), 399-406 doi:10.15537/smj.2015.4.10307

Alligood, M. (2011). Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. In M. Alligood & A. Tomey (Eds.), *Modelos y Teorías en enfermería*. (7ªed, pp 3-15). Elsevier España, S.L.

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Aragão, O.; Teófilo, J.; Mourão, N.; Soares, J.; Goyanna, N. & Cavalcante, A. (2016). Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Espaço Para Saúde*, 17(2), 66-74. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p66>

Aromataris, E. & Munn, Z. (2020) (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Berrocal J. (2008) *La Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas*. Barcelona: Editorial UOC.

Bo, L.; MN, BN,; Callaghan, P. (2000). Soothing Pain-Elicited Distress in Chinese Neonates. *Pediatrics*, 105(4), e49–e49. doi:10.1542/peds.105.4.e49

Brazelton, T. (2013). *O Grande Livro da Criança*. (13ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Calais-Germain, B. & Parés, N. (2007). *Parir en movimento*. La liebre de marzo. ISBN 978-84-92470-12-0

Campbell-Yeo, M.; Fernandes, A. & Johnston, C. (2011). Procedural Pain Management for Neonates Using Nonpharmacological Strategies. *Advances in Neonatal Care*, 11(5), 312–318. doi:10.1097/anc.0b013e318229aa76

Carvalho, A. I. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros. Dissertação de Mestrado* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios científicos de acesso aberto de Portugal.

Carvalho, E. (1994). *A canção de embalar - Uma abordagem psicológica*. Boletim da Associação Portuguesa de Educação Musical, 84, 14-17.

Casanova, R.; Chuang, A.; Goepfert, A.; Hueppchen, N.; Weiss, P.; Beckmann, C.; Ling, F.; Herbert, W.; Laube, D. & Roger, S. (2018) Medical and surgical disorders in pregnancy – Endocrine Disorders. In. Casanova, R.; Chuang, A.; Goepfert, A.; Hueppchen, N.; Weiss, P.; Beckmann, C.; Ling, F.; Herbert, W.; Laube, D. & Roger, S. *Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology*. 8th edition. Wolters Kluwer.

Cashion, K. (2014). Nursing care of the family during labor and birth. In. S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk, D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 401-441). Elsevier

Cavalcante, L.; Barbosa, D.; Carvalho, B.; Souza, J.; Oliveira, R.; Costa, G.; Lima, T.; Silva, R.; Santana, M.; & Abrão, R. (2021). Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal. *Research, Society and Development*, 10(2), e49510211896. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.11896>

Costa, J. (2001) *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu 30 anos, pp. 234 – 251. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Crum, K. (2009). Cuidados de Enfermagem no quarto trimestre. In: Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7ªed). Lisboa: Lusodidacta; 7ªed. p. 490-515.

Cunha, V. & Silva, P. (2022). Hipertensão arterial na mulher grávida. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29(3), 221-231. <https://doi.org/10.24950/rspmi.537>

Direção Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0-28 dias)*. DGS. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos__0_a_28_dias_.pdf

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020*. DGS <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de recuperação pós-parto CRPP – Orientações*. DGS. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2023). Norma 001/2023 de 27 de janeiro. Organização dos Cuidados de Saúde na preconceção, gravidez e puerpério. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>

El-Metwally, D. & Medina, A. (2020). The potential effects of NICU environment and multisensory stimulation in prematurity. *Pediatric Research*, 88(1) 161-162. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0738-4>

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). *INFORMAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia – partos*. https://www.ers.pt/media/micix0ed/im_obstetr%C3%ADcia_02-2023.pdf

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In: Néné, M.; Marques, R. e Batista M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; p. 308-320.

Fonseca, S. (2016). Métodos de indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*, (pp. 356-367). Lidel - Edições Técnicas, Lda

Frederico, G.; (2001) *El embarazo musical. Comunicacion, estimulacion y vinculo prenatal a traves de la musica* (3ªed.) Buenos Aires: Editorial Kier.

Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 487-491). Lidel.

Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (1ªed.). Oxford Brookes University: Creative Commons

Gomes-Pedro, J. (1985). *O comportamento materno durante a gravidez e parto. A Relação mãe-filho*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Graça, A. & Moniz, C. (2017) Reanimação do recém-nascido na sala de partos: conceitos e atitudes. In: Graça L. *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel; 5ª ed. p. 272-279.

Hartling, L.; Shaik, S.; Tjosvold, L.; Leicht, R.; Liang, Y. & Kumar, M. (2009). Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 94(5), F349–F354. doi:10.1136/adc.2008.148411

Instituto Nacional de Estatística (2023). Estatísticas vitais 2022 – Informação à comunicação social. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=609786395&att_display=n&att_download=y

International Commission of Jurists (2007). Yogyakarta Principles – Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. <https://www.refworld.org/pdfid/48244e602.pdf>

Kahraman, A.; Gümüş, M.; Akar, M.; Sipahi, M.; Bal Yılmaz, H., & Başbakkal, Z. (2020). The effects of auditory interventions on pain and comfort in premature newborns in the neonatal intensive care unit; a randomised controlled trial. *Intensive & critical care nursing*, 61, 102904. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102904>

Karakoç, A., & Türker, F. (2014). Effects of white noise and holding on pain perception in newborns. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(4), 864–870. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.01.002>

Kolcaba, K. & DiMarco, M (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31(3), 187-194

Kolcaba, K. (2003) *Comfort theory and practice*. New York, NY: Springer Publishers.

Laccort, A. & Oliveira, G. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Uningá Review*, 29(3), 6-10. <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1976>

Lawrence, A; Lewis, L; Hofmeyr, G; Styles, C. (2013) *Maternal Positions and mobility during first stage labour*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.

Lei n.º 110/2019. Diário da República, n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09. Lisboa: Assembleia da República.

Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República I Série, N.º 57 (21-03-2014) 2127 – 2131.

Lopes, M. (2016). Plano de parto. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 167-169). Lidel.

Machado, M. & Graça, L. (2017) Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: Graça L. *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel; 5ª ed. p. 220-228.

Magvary, D. (2002). Positive mental health: A turn of the century perspective. *Issues in Mental Health Nursing*. 23(4), 3310-3350

Malveiro, D.; Marçal, M. & Tuna, M. (2019). Problemas respiratórios no recém-nascido. In M. L. Tuna; P. Loio; C. G. Pinto; A. Salazar; E. Santos; M. Aguiar; M. Marçal; A. R. Prior; F. Vieira; D. Malveiro; A. T. Maria & C. Correia (ed.). *Neonatologia, Manual Prático* (3.ª ed.) (pp. 39-56). Lisboa, Portugal: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Ministério da Justiça (2023). Acolhimento e integração de cidadãos ucranianos em Portugal. Justiça.GOV.pt. <https://justica.gov.pt/Servicos/Medidas-especiais-para-a-Ucrania/-Acolhimento-e-integracao-de-cidadaos-ucranianos-em-Portugal>

Moreira, C. (2014). Desenvolvimento Embrionário Humano. *Revista Ciência Elementar*, 2(04): 248. doi.org/10.24927/rce2014.248

Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2013). *Essentials of critical Care Nursing. A holistic approach*. Lippincott Williams & Wilkins.

Normas de Orientação Clínica SPOMNF – Episiotomia. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. https://www.spomnf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Episiotomia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Lei nº 156/2015. Diário da República, 1ª série, 181 (setembro), 8101-8105. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2019c). *Livro de bolso: Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2019d). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, n.º 184, Série II de 25 de setembro de 2019. OE

Ordem dos Enfermeiros (2022). *Padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Organização Mundial da Saúde (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial da Saúde (2018a). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde (2018b). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo. Maternal and Child Survival Program

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet] 2021 Mar 29 [cited 2022 Jun 27];372(7):1-9. Available from: <http://www.prisma-statement.org/> DOI: 10.1136/bmj.n71.

Palazzi, A.; Meschini, R. & Piccinini, A. (2017) Intervenção Musicoterápica Para Mãe-Bebê Pré-termo: Evidências de Um Estudo de Caso em Uma UTI Neonatal Brasileira. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 1-18. <https://dx.doi.org/10.15845/voices.v17i2.916>

Parreira, V., Coutinho, E. & Nené, M. (2016). A competência cultural e a prática de enfermagem no processo de maternidade. In M. Néné, R. Marques, M.A. Batista (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 83-93). Lidel.

Pereira, R. C., Rivera, F. J & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 327-340. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>

Perry, S.E. (2014). Community care: The family and culture. In. S.E. Perry, M.J. Hockenberry, D.L. Lowdermilk, D. Wilson (Eds.), *Maternal child nursing care* (5ª edição, pp. 17-38). Elsevier

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In: E. Aromataris, Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp.406-449). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pocinho, M.D. (2007). *A música na relação mãe-bebé* (2ª ed.) Lisboa: Instituto Piaget.

PORDATA. (2023a, 2 novembro). Partos nos Hospitais: total e por tipo. <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509-59201>

PORDATA. (2023b, 2 novembro). *Partos: Total e em estabelecimentos de saúde*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAd-152>

Resolução da Assembleia da República nº181/2021. Diário da República 1ª série, 123 (junho). <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>

Santiago, M. (2009). Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório contributos para a promoção da saúde da mulher migrante. [Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde na Universidade Aberta]. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1347>Santo, S. (2022).

Silva, A. & Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>

Silva, M. & Lopes, N. (2016). Comunicação Intrauterina. In Néné, M.; Marques, R. e Batista M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; p. 163-166.

Silva, T.M. & Lopes, M.I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19095>

- SNS. (2023a, 2 de novembro). Hospital de .
[https://www.hospital .pt/hospital/sobre-nos](https://www.hospital.pt/hospital/sobre-nos)
- SNS. (2023b, 2 de novembro). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.instituicao=Hospital+de+ ,+EPE&refine.tempo=2022>
- Teixeira, A.; Rocha, G. & Guimarães, H. (2007). Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 38(6), 250-256.
- Toral, A., Vilain, C., Morais, T., Valcarenghi, R., Correia, J. & Ponciano, T. (2019). Assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. *Estácio saúde*, 8(1), 45-53.
<http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/5358/479652>
90
- Vera, A.; Cócera, V.; Cócera, J.; Mancheño, M.; Marín, M.; Navarret, R. & Valentín, M. (2013). Musicoterapia y enfermería. *Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 102, 3-6- ISSN 0214-0128
- Verdeau-Paillés, J. & Caladou, J-M. G. (1986) *As técnicas psicomusicais activas de grupo e a sua aplicação em psiquiatria* (trad. De GCG e ASS). Paris: Doin éditeurs.
- Williams, R. (2009). Transição para a Parentalidade. In: Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade (7ªed)*. Lisboa: Lusodidacta; 7ªed. p. 521-542.
- Wulff, V.; Hepp, P.; Wolf, O.; Balan, P.; Hagenbeck, C.; Fehm, T. & Schaal, N. (2020). The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother–infant bonding: a randomised, controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303(1), 69-83. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05727-8>

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM

MESTRANDA:

Natalina Barros N° 210400012

Santarém, março de 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
ESTÁGIO IV - ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM - ESTÁGIO IV - ESTÁGIO E
RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

Mestranda:

Natalina Barros Nº 210400012

Enfermeira cooperante:

EEESMO ---- ---- ----

Docentes Responsáveis pela UC:

Açucena Guerra

Santarém, março de 2023

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

BP – Bloco de Partos;

BSG – Boletim de Saúde da Grávida;

BSI/J – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

EPE – Entidade Pública Empresarial;

EPI – Equipamento de proteção individual;

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

FUC – Ficha da Unidade Curricular;

PNV – Programa Nacional de Vacinação;

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;

RCEEEESMO – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

RCTG – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-nascido;

ScR – *Scoping Review*;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

- 1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO**
- 2. PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM**
- 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

Este projeto foi elaborado no âmbito do Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) na Sala de Partos do 2º semestre do 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Instituto Politécnico de Santarém. O presente trabalho está consagrado nas atividades letivas a desenvolver pela mestrandia na presente unidade curricular da qual é titular a Professora Doutora Hélia Dias, e que será orientada e supervisionada pela Professora Mestre Açucena Guerra. Este serve como recurso importante ao processo formativo e de aprendizagem do aluno para a consecução dos objetivos propostos para o respetivo estágio.

O estágio decorrerá ao longo de vinte semanas de duração com início a 27 de fevereiro e término previsto a 21 de julho de 2023 com interrupção letiva para férias de Páscoa de 3 a 9 de abril de 2023, com a carga horaria prevista de 760 horas sendo que 560 horas estão previstas para estágio e 200 horas para elaboração do relatório sendo que destas 20 são destinadas a orientação tutorial e 40 para seminário. O estágio decorrerá no serviço de Bloco de Partos (BP) de um hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) da região de Lisboa e Vale do Tejo sob a tutela e orientação de uma mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO).

Para a consecução deste processo com sucesso é necessário, na construção do projeto individual de aprendizagem, a definição de objetivos específicos individuais, a planificação de atividades a serem realizadas que contribuam para a consecução dos objetivos, a identificação dos recursos necessários à execução das atividades e a calendarização das mesmas.

A construção dos objetivos individuais a serem atingidos e das atividades necessárias para a consecução dos mesmos, é sustentada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (140/2019) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEEESMO) (391/2019).

No RCCEE (140/2019) são apresentados variados conceitos, entre eles competências comuns e competências específicas. As primeiras são aquelas que são análogas a todos os enfermeiros especialistas apesar da sua área de formação, demonstradas através da sua capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As segundas caracterizam-se por competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

São apresentadas como competências comuns no RCCEE (140/2019), competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No RCEEEESMO (391/2019) são identificadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) que cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto (TP), pós-natal e climatério; cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica e ainda cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Estas competências vão ao encontro e possibilitam a dar resposta aos pilares da visão dos cuidados especializados em ESMO são: competência profissional, prática baseada na evidência e o respeito pela(o) cliente de cuidados, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projeto de saúde (OE, 2022).

Considerando todas as competências mencionadas pretende-se com este ensino clínico a consecução dos objetivos gerais do ensino clínico presentes na ficha da unidade curricular (FUC) que consistem em: 1) desenvolver competências na prestação de cuidados especializados em ESMO, à grávida, parturiente, recém-nascido (RN), puérpera e família em todas as fases do TP tendo por base a mais recente evidência científica com vista a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados; e 2) elaborar um relatório de estágio, com base na metodologia científica de investigação que será alvo de apresentação e defesa pública. O objetivo geral deste projeto de aprendizagem passa por planear e

projetar objetivos individuais e as respectivas atividades a realizar de forma à consecução eficaz dos objetivos gerais do ensino clínico.

Os objetivos específicos individuais delineados no projeto de aprendizagem são:

1. Conhecer as características do local onde se realiza o estágio (Bloco de Partos) nomeadamente a estrutura física, dinâmica de funcionamento, protocolos/ normas instituídas, de forma a integrar a equipa multidisciplinar;
2. Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à mulher inserida na família, em contexto de Urgência Obstétrica durante o período pré-natal;
3. Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à mulher inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o primeiro estágio do TP;
4. Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à mulher inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o segundo estágio do TP;
5. Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à mulher inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o terceiro estágio do TP;
6. Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina;

7. Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistêmicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à mulher inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o quarto estágio do TP;
8. Desenvolver competências do domínio melhoria contínua da qualidade e no âmbito da gestão de cuidados;
9. Desenvolver competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, comunicacionais e autonomia do indivíduo cuidado, melhorando a capacidade de reflexão e autoavaliação sobre os cuidados prestados ao longo do estágio, perspetivando uma melhoria contínua dos mesmos;
10. Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em ESMO

De maneira a atingir os objetivos a que me propus elaborei uma programação faseada com a calendarização dos mesmos de acordo com três momentos distintos, nomeadamente na 5^a, 12^a e 20^a semanas de estágio. Esta calendarização serve como estruturação para um processo de aprendizagem mais eficaz, mas que, e dado que o mesmo depende de vários fatores, esta poderá eventualmente apresentar ajustes de acordo com a evolução da minha aprendizagem, tendo como fio condutor os momentos de reflexão individual e com a enfermeira cooperante bem como as reuniões intercalares como momentos de auto e hétero avaliação.

Este documento, como projeto que é, é um instrumento norteador para o aluno, que vai sendo construído ao longo do ensino clínico, podendo ser atualizado com base nas necessidades que podem vir a surgir durante o decorrer do estágio.

O último objetivo que se prende com o desenvolvimento de competências científicas no âmbito da investigação, pressupõe a elaboração de um relatório de estágio, que tem por base o presente projeto, que reflita o processo de aprendizagem do aluno através de um método auto formativo, reflexivo e de pesquisa sistemática, que mobiliza a atuação na praxis numa perspetiva de enfermagem avançada. Este relatório, deve ser uma reflexão crítica, dos cuidados prestados em contexto clínico, que mobilize as competências

presentes no RCCEE (140/2019) e no RCEEEESMO (391/2019). Neste relatório será também desenvolvida uma temática de investigação e realizada uma *scoping review* (*ScR*) com o tema “Musicoterapia como estratégia adaptativa para o recém-nascido à vida extrauterina”

O presente projeto organizar-se-á em dois capítulos, o primeiro onde se realizará uma breve apresentação do serviço onde decorrerá o estágio e o segundo capítulo onde se desenvolvem os objetivos específicos individuais pretendidos com o estágio e se delineará a estratégia para a consecução dos mesmos, planeando as atividades necessárias e a calendarização das mesmas com vista à consecução das competências comuns e específicas do EEESMO.

1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

Como referido anteriormente neste documento, o Estágio IV – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos tem a duração de vinte semanas e irá decorrer num Serviço de BP de um hospital de nível II inserido no SNS (DGS, 2023).

Esta unidade de saúde constitui uma entidade pública empresarial que possui valências básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório. A área de influência dos cuidados diferenciados oferecidos abrange vários concelhos da área de Lisboa e Vale do Tejo e dá resposta a cerca de 250 mil pessoas residentes (SNS, 2023a).

Neste hospital o serviço de BP tem contíguo a si o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia e o serviço de consultas externas de obstetrícia e ginecologia assim como o serviço de Neonatologia. Já o serviço de internamento de obstetrícia encontra-se localizado mais longinquamente noutra piso do hospital.

Este serviço, estruturalmente tem capacidade para sete utentes internadas, sendo que possui cinco salas de parto e uma sala de recobro que tem capacidade para dois internamentos. Para além destas salas, o BP também tem disponível uma sala operatória para a realização de partos por cesariana, urgentes ou programadas. Esta sala operatória encontra-se totalmente equipada para realização da cirurgia e para os cuidados imediatos ao RN. Para além destas salas, existem ainda salas de apoio (armazém, vestiários, zona de sujos e limpos) e uma sala de enfermagem equipada com central de registos cardiotocográfico para a vigilância do bem-estar materno fetal de forma constante que se encontra também dotada de computadores para a realização de registos de enfermagem. Nesta sala está ainda disponível uma incubadora para vigilância do RN nas primeiras horas de vida após o nascimento, em casos de dificuldade de adaptação à vida extrauterina.

Após o parto, a tríade permanece em alojamento conjunto na sala de partos ou na sala de recobro consoante o tipo de parto que ocorreu até se perfizer o período mínimo de duas horas pós-parto, findo esse período normalmente são transferidos para o serviço de

internamento de Obstetrícia. No que respeita aos acompanhantes, o hospital dá a possibilidade da parturiente/ puérpera ter acompanhante 24h por dia.

As salas de parto estão dotadas de meios para que seja possível oferecer uma experiência calma, intimista e acolhedora visto que estão preparadas para que seja possível providenciar a vivência de todos os quatro estádios do TP nesse local. São salas amplas que permitem que a mulher e acompanhante lá permaneçam todo o TP possibilitando-lhes meios para participarem ativamente no seu processo de nascimento o que contribui largamente para a humanização dos cuidados prestados. Isto é possível por estarem equipadas com casa de banho individual, cama de parto que permite a verticalização e equipamentos técnicos como a bola obstétrica ou bola amendoim, tudo recursos que possibilitam de liberdade de movimentos. Está também disponível o registo cardiotocográfico (RCTG) por telemetria ou intermitente ambos ligados à central na sala de enfermagem.

Estão disponíveis para as parturientes várias medidas de gestão algica no TP, farmacológicas e não farmacológicas. Existindo à disposição uma equipa multidisciplinar de anestesia para a realização de procedimentos de analgesia/ anestesia epidural, sequencial ou bloqueio subaracnoideu e também de meios para a aplicação de técnicas não farmacológicas de gestão da dor no TP nomeadamente liberdade de movimentos e verticalização, hidroterapia ou musicoterapia.

O serviço é composto por uma equipa multidisciplinar que integra enfermeiros, médicos obstetras e pediatras e assistentes operacionais que juntos prestam cuidados à população da área de influência do hospital. A equipa de enfermagem é composta por vinte e sete enfermeiros dos quais existem EEESMO's e enfermeiros de cuidados gerais.

A metodologia de trabalho de enfermagem praticada no serviço é a de enfermeiro responsável, e o programa informático disponível para registos de enfermagem é o *Glintt*, sendo que parte dos registos de enfermagem são ainda efetuados também em formato de papel no partograma.

Segundo o SNS (2023b) no ano de 2022, o hospital onde se realizará o estágio registou 1650 partos, sendo destes se registaram 525 partos por cesariana.

2. PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM

Objetivo 1

Conhecer as características do local onde se realiza o estágio nomeadamente a estrutura física, dinâmica de funcionamento, protocolos/normas instituídas, de forma a integrar a equipa multidisciplinar.

Atividades a desenvolver

- Identificação da estrutura física e da organização do BP assim como do circuito da mulher/ família ^(a)
- Entendimento da dinâmica e método de prestação de cuidados das equipas de trabalho de forma a prestar cuidados adequados, respeitando a forma de funcionamento das mesmas ^(a)
- Apresentação de uma atitude proativa de forma a promover a aprendizagem pessoal e desenvolvimento profissional colaborando com as equipas dos locais de estágio ^(a)
- Desenvolvimento de uma relação interpessoal com as equipas multidisciplinares e com a pessoa(s) recetora(s) de cuidados ^(a)
- Desenvolvimento de trabalho autónomo, nomeadamente estudo e pesquisa, de maneira a aplicar conhecimentos previamente adquiridos em contexto letivo nomeadamente sobre guias e orientações da Direção Geral de Saúde, como o Programa Nacional para vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (RN até 28 dias) e Programa Nacional de vacinação ([PNV] grávidas e RN) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeadamente as recomendações: Cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva e Cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva ^(a)
- Conhecimento sobre os protocolos de referência da instituição, no caso de necessidade de acompanhamento da mulher, RN e família por outros profissionais de saúde ^(a)
- Prestação de cuidados individualizados à parturiente/ puérpera, RN e família, tendo em conta as suas características, na área de saúde materna e infantil ^(a)
- Colaboração em atos de enfermagem em colaboração com a enfermeira cooperante, com o objetivo de gradualmente realizar essas atividades de forma autónoma ^(a)
- Reconhecimento dos papéis e funções de todos os membros da equipa multidisciplinar ^(a)
- Consciencialização da influência pessoal na construção de relações profissionais ^(a)
- Diagnóstico de necessidades formativas, juntamente com a enfermeira cooperante, se possível dentro da temática White Noise e os benefícios para a transição para o meio extrauterino do RN ^(a)
- Conhecimento do circuito do internamento da grávida/ parturiente/ acompanhante na sala de partos bem como a articulação com outros serviços do hospital ^(a)
- Conhecimento e domínio da forma como são realizados os registos de enfermagem no programa informático disponível no serviço (Glintt®) ^(a)

<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e operacionalização de registos de enfermagem em impressos e boletins de registo nomeadamente o partograma utilizado no serviço ^(a) • Desenvolvimento da capacidade para promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem do BP^(a) • Desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, baseada nos conhecimentos e experiência profissional que pretendo adquirir, construindo estratégias de resolução de problemas juntamente com a equipa multidisciplinar ^(b) 	
<p>Competências: Comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante</p>	<p>Calendarização: ^(a) Na 1ª e 2ª semana de estágio (de 28 de fevereiro a 11 de março) ^(b) Até à 9ª semana de estágio (29 de abril) em colaboração e até à 20ª semana de estágio (16 de julho) de forma autónoma</p>
<p>Objetivo 2</p> <p>Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Urgência Obstétrica durante o período pré-natal;</p>	
<p>Atividades a desenvolver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integração da pessoa/ casal grávido no serviço de Urgência Obstétrica e BP, realizando-lhe o acolhimento começando por realizar a minha apresentação enquanto enfermeira em contexto de aprendizagem demonstrando disponibilidade contribuindo para o início do estabelecimento da relação terapêutica num ambiente de confiança para a exposição de dúvidas e a assimilação das informações (educação para a saúde) realizados; • <u>Realização de consulta de enfermagem de obstetrícia (em gravidez de risco e de baixo risco) em contexto de admissão na urgência:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Colheita de dados para a avaliação inicial e consultar o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) (antecedentes pessoais, familiares, história obstétrica e ginecológica, gravidez atual, gravidezes anteriores, hábitos e estilos de vida) para a prestação de cuidados individualizados, adequando sempre linguagem à(s) pessoa(s) em consulta e não esquecendo as suas crenças e valores; ○ Identificação do motivo de vinda à urgência, assim como o estágio da gravidez, de forma a perceber as necessidades da mulher/ casal grávido para a prestação de cuidados centrados, adequados e individualizados; ○ Confirmação da idade gestacional e data provável do parto ○ Avaliação do bem-estar materno-fetal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação da pele e mucosas; 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do estado geral e nutricional; ▪ Monitorização dos sinais vitais; ▪ Pesquisa de edemas e varizes; ▪ Validação da presença de movimentos fetais com a grávida; ▪ Realização das manobras de Leopold; ▪ Aplicação de monitorização cardiotocográfica; ▪ Interpretação do RCTG ▪ Realização do toque vaginal e gradualmente avaliar as condições da bacia, as características do colo uterino, da integridade das membranas amnióticas e determinar a apresentação, posição, variedade e altura da apresentação fetal ○ Identificação dos sinais de início de TP verdadeiro e prever a sua evolução; ○ Realização dos procedimentos relacionado com a admissão do casal na sala de partos e preparação física da mulher para o parto; 	
<p>Competências: <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u> A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2 <u>Específicas do EEESMO:</u> 2.1, 2.2, 2.3</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante <u>Materiais:</u> Esfigmomanómetro digital; monitor cardiotocográfico; BSG, material bibliográfico de bolso</p>	<p>Calendarização: No decurso do período de estágio Até à 5ª semana (2 de abril) em colaboração, até à 12ª semana (21 de maio) com supervisão e até à 20ª semana (16 de julho) de forma autónoma</p>
<p>Objetivo 3</p> <p>Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o primeiro estágio do TP;</p>	
<p>Atividades a desenvolver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integração da pessoa/ casal grávido no serviço de BP, realizando-lhe o acolhimento começando por realizar a minha apresentação enquanto enfermeira em contexto de aprendizagem demonstrando disponibilidade contribuindo para o início do estabelecimento da relação terapêutica num ambiente de confiança para a exposição de dúvidas e a assimilação das informações (educação para a saúde) realizados • Permissão da presença do acompanhante quando a mulher assim o desejar, e sempre que possível, de acordo com as normas do serviço • Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, permitindo e incentivando mulher/ acompanhante a expressão dos seus sentimentos e emoções com dignidade, respeitando as suas decisões, esclarecendo as suas dúvidas, promovendo a sua privacidade, prestando cuidados seguros e de qualidade de forma contínua 	

- Esclarecimento de todas as dúvidas à mulher/ acompanhante sobre a evolução do TP, bem como informação de todos os procedimentos a serem executados, pedindo o seu consentimento informado
- Realização da vigilância do TP em contexto de sala de partos cuidando da mulher/ família no primeiro estágio do TP:
 - Identificação da presença a avaliação da aplicabilidade do plano de parto do casal internado (escrito ou verbal) e negocia-lo de acordo com a condições que a instituição pode oferecer;
 - Vigilância do TP:
 - Realização da vigilância do progresso do TP promovendo o bem-estar materno-fetal:
 - Monitorização do padrão da contratilidade uterina
 - Monitorização do padrão dos batimentos cardíacos fetais
 - Observação e interpretação das características do colo uterino de acordo com a escala de Bishop (posição, consistência, extinção e dilatação cervical)
 - Avaliação da descida da apresentação (planos de Lee e de Hodge)
 - Avaliação da estática fetal (atitude, situação, apresentação, posição e variedade)
 - Observação da integridade das membranas amnióticas, se integras ou com rotura, caracterizando o líquido amniótico quanto à cor, viscosidade, cheiro e quantidade
 - Realização de amniotomia quando necessário e mediante autorização da parturiente
 - Reconhecimento de sinais precoces de complicações inerentes ao primeiro estágio do TP decorrentes de alterações nos componentes do TP; canal de parto, contrações e feto
 - Identificação dos sinais de instalação do segundo estágio do TP
 - Realização de monitorização materna e fetal
 - Conhecimentos dos procedimentos de monitorização materno-fetal com recurso a cardiotocografia externa
 - Conhecimento dos procedimentos de monitorização materno-fetal com recurso a cardiotocografia com monitorização cardíaca fetal interna
 - Interpretação do RCTG
 - Análise do padrão de contratilidade uterina: amplitude, frequência, duração e regularidade
 - Análise do padrão de frequência cardíaca fetal: frequência cardíaca fetal basal, variabilidade, presença de acelerações ou desacelerações classificando os diferentes tipos de desacelerações
 - Classificação do RCTG como normal, suspeito ou patológico
 - Intervenção quando RCTG suspeito ou patológico com implementação de intervenções como:
 - Administração de oxigénio, salbutamol, soroterapia
 - Otimização do posicionamento da grávida com decúbito lateral esquerdo ou posição de quatro apoios
 - Solicitação de colaboração médica

- Análise da correlação entre as alterações da frequência cardíaca fetal com a contratilidade uterina
- Colaboração e atuação em situações de emergências obstétricas
- Administração de terapêutica por diferentes vias:
 - Conhecimento da administração de terapêutica específica
 - Analgésica
 - Indutora do TP (uterotônicos e fármacos usados na maturação cervical)
 - Neuroprotetora
 - Anti hipertensora
 - Antibioterapia
 - Maturação pulmonar
 - Consulta de protocolos institucionais
 - Conhecimento sobre a ação dos fármacos e respetivos efeitos adversos
 - Identificação das condições maternas e fetais para a utilização de determinado fármaco
 - Interpretação e análise da resposta materno-fetal
 - Identificação precoce de sinais de complicação associadas à terapêutica
 - Avaliação da eficácia/ efeito terapêutico da medicação instituída
- Avaliação da dor do TP e colaboração na gestão da mesma
 - Reconhecimento e compreensão da singularidade e especificidade da dor do TP
 - Colaboração em técnicas de gestão da dor de acordo com a vontade e desejo da mulher em TP
 - Implementação, em colaboração com a mulher/ casal em TP, de técnicas não farmacológicas de gestão da dor
 - Relaxamento
 - Exercícios respiratórios
 - Exercícios na bola obstétrica e bola amendoim
 - Acupressão e massagem de relaxamento
 - Hidroterapia (com recurso a duche)
 - Musicoterapia
 - Liberdade de movimentos/ verticalização
 - Implementação, em colaboração com a mulher/ casal em TP, de técnicas farmacológicas de gestão da dor
 - Analgesia sistémica
 - Analgesia loco-regional
- Garantia da satisfação das necessidades individuais da mulher/ família promovendo a centralidade dos cuidados

<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração um plano de cuidados individual, em cooperação com a mulher/ casal grávido, integrando-os nos próprios cuidados, e atualizá-lo quando necessário • Realização de registos de enfermagem no partograma e interpretação do mesmo • Elaboração de registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da mulher/ casal grávido no programa informático disponível no hospital: <i>Glantt®</i>; 	
<p>Competências: Comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2 Específicas do EEESMO: 3.1, 3.2, 3.3</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante e indivíduos alvo de cuidados <u>Materiais:</u> Monitor cardiocográfico; material para aplicação de técnicas de gestão não farmacológica da dor no TP (bola obstétrica, bola amendoim, coluna de música entre outros), BSG, material bibliográfico de apoio ao acompanhamento do TP.</p>	<p>Calendarização: No decurso do período de estágio Até à 5ª semana (2 de abril) em colaboração, até à 12ª semana (21 de maio) com supervisão e até à 20ª semana (16 de julho) de forma autónoma</p>
<p>Objetivo 4</p> <p>Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o segundo estágio do TP;</p>	
<p>Atividades a desenvolver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento do início da relação terapêutica com a pessoa/ casal internados no BP, começando por realizar a minha apresentação enquanto enfermeira em contexto de aprendizagem demonstrando disponibilidade contribuindo para um ambiente de confiança para a exposição de desejos e vontades dos recetores de cuidados e a assimilação das informações (educação para a saúde) realizados; • Identificação de sinais de instalação do segundo estágio do TP: <ul style="list-style-type: none"> ○ Extinção e dilatação completa do colo uterino ○ Aumento do introito vaginal ○ Abaulamento do períneo ○ Coroamento do polo da apresentação ○ Necessidade involuntária da parturiente exercer esforços expulsivos • Verificação da funcionalidade e existência do equipamento necessário para o parto, nomeadamente da mesa de reanimação neonatal, primeira roupa do RN, do material para executar o parto e fármacos de urgência, de forma a dar resposta imediata a todas as situações que possam surgir neste período 	

<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração no posicionamento que a parturiente deseja adotar no parto • Promoção de medidas de conforto e bem-estar, encorajar, elogiar e tranquilizar a parturiente • Assistência e colaboração no período expulsivo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observação da eficácia da contratilidade uterina e dos esforços expulsivos da parturiente ○ Confirmação das condições da bacia, atitude e variedade da apresentação ○ Avaliação contínua do bem-estar fetal com RCTG ○ Disposição da mesa de parto com abertura e preparação do material: kit de partos, compressas, linhas de sutura e material para colheita de sangue do cordão umbilical e anestesia local e colocação do equipamento de proteção individual (EPI) adequados para a realização do parto ○ Incentivação e motivação para a realização de esforços expulsivos, verbalizando indicações claras e precisas ○ Orientação verbal sobre os exercícios de respiração durante o parto: esforços expulsivos, e sobre o descanso e relaxamento entre as contrações de forma a preservar energia para utilizar nas contrações ○ Execução de manobras de proteção do períneo ○ Capacidade de decisão para realização de episiotomia, e realiza-la quando necessário sob consentimento expresso da parturiente ○ Realização de anestesia local do períneo ○ Realização das manobras de extração fetal ○ Execução de cuidados imediatos ao RN nomeadamente expressão manual das vias aéreas superiores e estimulação táctil ○ Realização da clampagem do cordão umbilical e questionar a parturiente ou acompanhante sobre o desejo de corte do mesmo, permitindo esse momento, caso contrário cortá-lo ○ Identificação de alterações da evolução do TP e atuar em conformidade ou solicitar colaboração da equipa médica ○ Participação em partos distócicos • Realização de registos de enfermagem no partograma, BSG, Boletim de saúde infantil e juvenil (BSI/J) e boletim de vacinação • Elaboração de registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da mulher/ casal no programa informático disponível no hospital: Glintt; 	
<p>Competências: <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u> A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2 <u>Específicas do EEESMO:</u> 3.1, 3.2, 3.3</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante e indivíduos alvo de cuidados</p>	<p>Calendarização: No decurso do período de estágio Até à 5ª semana (2 de abril) em colaboração, até à 12ª semana (21 de maio) com supervisão e até à 20ª semana (16 de julho) de forma autónoma</p>

Materiais: Monitor cardiotocográfico; material para realização do parto, BSG, BSI/J, boletim de vacinas e material bibliográfico de apoio ao acompanhamento do TP.

Objetivo 5

Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistêmicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de **Sala de Partos** durante o **terceiro estágio do TP;**

Atividades a desenvolver relacionadas com a dequitação

- Reconhecimento dos sinais de descolamento de placenta:
 - Contração uterina
 - Mudança da forma discoide do útero para ovoide
 - Saída súbita de sangue à vulva
 - Descida do cordão ou aumento aparente do mesmo, à medida que a placenta desce para o introito vaginal
 - Aumento do volume vaginal observável
 - Observação/ palpação no introito vaginal de placenta e membranas fetais;
- Adoção de uma atitude expectante respeitando o tempo fisiológico para a ocorrência da dequitação
- Execução, após observação dos sinais de descolamento da placenta, da manobra de Brandt-Andrews:
 - Tração controlada do cordão com uma mão
 - Aplicação de pressão sobre o útero, acima da sínfise púbica, empurrando a placenta para baixo com a outra mão
- Adoção de uma atitude ativa, de modo a diminuir o risco de hemorragia pós-parto:
 - Administração de uterotónicos após expulsão da placenta
 - Remoção da placenta através de tração controlada do cordão
 - Massagem uterina
 - Solicitação de esforços expulsivos por parte a parturiente
- Execução de procedimentos durante a dequitação:
 - Pinçar o cordão próximo do períneo
 - Realização da tração controlada do cordão
 - Realização do apoio da placenta durante a sua exteriorização, usando o peso da mesma de forma à saída completa das membranas envolvendo-a nas membranas
- Identificação do mecanismo de descolamento da placenta: Schultze e Duncan

- Realização da revisão placentar detalhada:
 - Forma e características
 - Integridade com identificação de presença de todos os cotilédones e suas características (presença de calcificações e focos de descolamentos)
 - Presença completa das membranas (âmnios e córion),
 - Local de implantação do cordão umbilical
 - Observação do cordão umbilical:
 - Comprimento
 - Número de vasos (2 artéria e uma veia)
 - Presença de nós ou quistos
 - Realização de colheita sanguínea do cordão em caso de mãe com grupo sanguíneo Rh negativo, em caso de colheita para conservação de células estaminais ou sangue para gasometria
 - Identificação e atuação em situações de retenção placentar:
 - Informação e solicitação da colaboração da equipa médica
 - Avaliação das perdas sanguíneas
 - Monitorização de sinais vitais e estabilização hemodinâmica se necessário com administração de soluções de cristaloides para reposição de volume intravascular (NaCl a 0,9% ou lactato de Ringer)
 - Administração de antibioterapia, analgésicos, e uterotónicos de acordo com prescrição médica
 - Confirmação da formação do globo de segurança de Pinard
- Atividades a desenvolver relacionadas com a reconstrução do períneo
- Identificação, de em caso de laceração, do grau da mesma de acordo com os tecidos lesados
 - Administração de anestesia local nos casos de ausência de analgesia epidural
 - Reparação do períneo por planos:
 - Realização da identificação dos tecidos a serem suturados
 - Execução de diferentes tipos de suturas
 - Conhecimento das características dos diferentes materiais de sutura e distinguir a melhor aplicabilidade de cada um
 - Realização de cuidados pós-reconstrução
 - Revisão do colo uterino, vagina, períneo e útero
 - Realização de toque retal em suturas/ lacerações profundas para pesquisa de integridade dos tecidos
 - Aplicação de gelo no períneo

<ul style="list-style-type: none"> • Realização de educação em saúde sobre os cuidados perineais no puerpério: cuidados de higiene perineais, prevenção de infeção local e características dos lóquios (quantidade, presença de coágulos, cor e cheiro) • Realização de registos de enfermagem no partograma, BSG, BSI/J e boletim de vacinação • Elaboração de registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da mulher no programa informático disponível no hospital: <i>Glintt</i>; 	
<p>Competências: <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u> A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2 <u>Específicas do EEESMO:</u> 3.1, 3.2, 3.3</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante e indivíduos alvo de cuidados <u>Materiais:</u> material para auxílio no processo de dequitação, fármacos uterotómicos, material para realização de suturas, BSG, BSI/J, boletim de vacinas e material bibliográfico de apoio ao acompanhamento do TP.</p>	<p>Calendarização: No decurso do período de estágio Até à 5ª semana (2 de abril) em colaboração, até à 12ª semana (21 de maio) com supervisão e até à 20ª semana (16 de julho) de forma autónoma</p>
<p>Objetivo 6</p>	
<p>Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/ comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina</p>	
<p>Atividades a desenvolver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e tranquilo para receber o RN, preferencialmente com diminuição de estímulos como redução da luminosidade e ruídos inoportunos e introdução de ruídos brancos • Verificação se todo o material necessário está disponível e operacional em local acessível para ser usado de forma rápida e eficaz, • Verificação do funcionamento e operacionalidade da mesa de reanimação neonatal; • Aquecimento dos panos com que se recebe o RN e primeira roupa do RN • Observação da hora de nascimento assim que este ocorrer • Colocação do RN em contacto pele com pele com a mãe se a estabilidade do RN assim o permitir • Prestação dos cuidados imediatos ao RN: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aquecimento ○ Estimulação táctil ○ Colocação de gorro ○ Aspiração de secreções e manter a permeabilidade das vias aéreas em situações de líquidos amniótico meconial ○ Observação física, neurológica e comportamental do RN, no sentido cefalo-caudal, despistando dismorfias major 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação do Índice de APGAR ○ Monitorização do peso do RN ○ Administração da fitomenadiona e vacina VHB, após consentimento dos pais ○ Identificação do RN com pulseira de identificação e pulseira de sistema anti-rapto ○ Prestação de cuidados de conforto como vestir o RN na sua roupa aquecida • Promoção da vinculação entre a tríade • Promoção da implementação de intervenções de musicoterapia, com recurso idealmente ao White noise, sempre que os pais consentirem, de modo a contribuir para a adaptação à vida extrauterina do RN • Informação e solicitação de presença de médico pediatra sempre que ocorrerem: partos distócicos, nascimentos de RN pré-termo, situações com risco infeccioso, situações com RCTG suspeito ou patológico, intercorrências na gravidez ou período expulsivo, patologias maternas ou fetais • Colaboração com médico pediatra e restante equipa multidisciplinar em situações de reanimação neonatal • Intervenção em caso de dificuldade respiratória ou dificuldade na adaptação à vida extrauterina contactando o médico pediatra e colocando RN em incubadora aquecida, monitorizando-o e administrando oxigénio se necessário • Realização dos procedimentos de transferência para serviço de neonatologia se a situação assim o justificar, passando toda a informação relevante para a continuidade de cuidados nesse serviço • Realização de registos de enfermagem no BSI/J, boletim de vacinação e preenchimento da notícia de nascimento • Elaboração de registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas do RN no programa informático disponível no hospital: <i>Glantt</i>; 	
<p>Competências: <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u> A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2 <u>Específicas do EEESMO:</u> 3.1, 3.2</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante e RN <u>Materiais:</u> primeira roupa do RN, mesa de reanimação neonatal, material técnico, fármacos de emergência, material bibliográfico de apoio ao acompanhamento do TP.</p>	<p>Calendarização: No decurso do período de estágio Até à 5ª semana (2 de abril) em colaboração, até à 12ª semana (21 de maio) com supervisão e até à 20ª semana (16 de julho) de forma autónoma</p>
<p>Objetivo 7</p>	
<p>Desenvolver competências instrumentais, interpessoais e sistémicas de forma a melhorar valências cognitivas, técnicas e relacionais/comunicacionais para prestar cuidados especializados em ESMO à pessoa inserida na família, em contexto de Sala de Partos durante o quarto estágio do TP;</p>	

Atividades a desenvolver

- Estabelecimento do início da relação terapêutica com a pessoa/ casal, começando por realizar a minha apresentação enquanto enfermeira em contexto de aprendizagem demonstrando disponibilidade contribuindo para um ambiente de confiança para a exposição de desejos e vontades dos recetores de cuidados e a assimilação das informações (educação para a saúde) realizados;
- Promoção de um ambiente acolhedor, tranquilo, e facilitador da vinculação;
- Realização de promoção em saúde, realizando educação sobre os procedimentos e esclarecimento de dúvidas;
- Promoção do contacto pele-a-pele, facilitador da vinculação;
- Demonstração de apoio para a amamentação, caso seja o desejo da puérpera;
- Realização da vigilância do puerpério imediato:
 - Identificação precocemente complicações, intervindo de forma eficaz
 - Avaliação da puérpera:
 - Observação da pele e mucosas
 - Monitorização de sinais vitais
 - Observação das características das mamas e mamilos
 - Promoção do esvaziamento vesical
 - Vigilância da resposta uterina nomeadamente a manutenção do globo de segurança de Pinard,
 - Avaliação da involução uterina e nível da altura do fundo de útero
 - Observação dos lóquios
 - Quantidade e presença ou não de coágulos
 - Cor
 - Cheiro
 - Observação do períneo e sutura perineal para despiste de sinais inflamatórios e descarte de desenvolvimento de hematoma
 - Verificação da presença de hemorroidas exteriorizadas
 - Realização de cuidados de higiene perineal
 - Remoção do cateter epidural
 - Fornecimento de alimentação à puérpera
 - Avaliação do RN
 - Observação da pele, mucosas e respiração
 - Observação da vitalidade e do tónus muscular
 - Observação da mamada e eficácia da mesma

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação de glicémia capilar em RN com indicação ▪ Verificação da presença de micções ou dejeções • Elaboração de registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da mulher/ casal grávido no programa informático disponível no hospital: <i>Glintt</i>; • Realização dos procedimentos de transferência da tríade para a unidade de internamento 	
<p>Competências: <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u> A1, A2, B2, B3, C1, C2, D1, D2 <u>Específicas do EEESMO:</u> 3.1, 3.2, 3.3</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante e indivíduos alvo de cuidados <u>Materiais:</u> esfigmomanómetro digital, material técnico para a realização de procedimentos, material bibliográfico de apoio ao acompanhamento do TP.</p>	<p>Calendarização: No decurso do período de estágio Até à 5ª semana (2 de abril) em colaboração, até à 12ª semana (21 de maio) com supervisão e até à 20ª semana (16 de julho) de forma autónoma</p>
<p>Objetivo 8 Desenvolver competências do domínio melhoria contínua da qualidade e no âmbito da gestão de cuidados</p>	
<p>Atividades a desenvolver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análise da organização do serviço compreendendo a sua metodologia de gestão de recursos • Colaboração na gestão, organização, armazenamento e reposição dos recursos materiais existentes para a prestação de cuidados quer nas salas de apoio, quer nas unidades das utentes, quer na sala operatória • Observação, colaboração e realização da verificação diária do funcionamento de carro de reanimação e mesas de apoio de reanimação neonatal; • Cooperação no levantamento de necessidades e reposição de stock de materiais e medicação; • Planeamento de cuidados de forma a priorizá-los gerindo eficazmente o tempo como recurso, • Observação e colaboração na gestão de vagas do BP, de acordo com a afluência de utentes no serviço de urgência e utentes a serem transferidas para o serviço de internamento de obstetria • Observação e colaboração com a enfermeira orientadora/ enfermeira cooperante na gestão do serviço; 	
<p>Competências: <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u> B1, B2, B3, C1, C2.</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante</p>	<p>Calendarização: No decurso das 20 semanas de estágio, que decorrem no período entre 28 de fevereiro a 16 de julho de 2023</p>
<p>Objetivo 9</p>	

Desenvolver competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, comunicacionais e autonomia da pessoa cuidada, melhorando a capacidade de reflexão e autoavaliação sobre os cuidados prestados ao longo do estágio, perspetivando uma melhoria contínua dos mesmos

Atividades a desenvolver

- Reflexão, através do pensamento crítico e autocrítico, sobre a aprendizagem desenvolvida, crescimento pessoal e profissional e na repercussão direta que esses têm na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ^(a)
- Reflexão sobre experiências de aprendizagem nos estágios anteriores e identificação de áreas com menos experiências para investir nelas neste estágio ^(a)
- Procura de novas oportunidades de aprendizagem ^(a)
- Participação em projetos desenvolvidos nos serviços ^(a)
- Recurso à evidência científica mais atual para a prestação de cuidados de maior qualidade ^(a)
- Reflexão e debate com a enfermeira cooperante sobre os aspetos a manter e a melhorar na minha prestação de cuidados com vista à evolução e crescimento pessoal e profissional de forma à consecução dos objetivos do ensino clínico ^(a)
- Utilização das críticas construtivas como instrumento para a melhoria do meu desempenho, para o meu crescimento pessoal e profissional ^(a)
- Reflexão sobre as maiores dificuldades individuais ao realizar as atividades supramencionadas ^(a)
- Utilização de estratégias para ultrapassar as dificuldades individuais como, recurso a bloco de notas e cábulas digitais e estruturação mental das etapas dos procedimentos a realizar consoante a situação ^(a)
- Realização de reuniões de avaliação intermédia com a enfermeira cooperante e professora orientadora, onde são debatidas a auto e hétero avaliação tendo por base os critérios de avaliação individual ^(a)
- Elaboração e desenvolvimento do relatório de estágio como forma de refletir sobre as experiências vivenciadas, as atividades e cuidados prestados e a sua qualidade bem como o processo de aprendizagem e tema de investigação em estudo ^(a)
- Promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos ^(b)
 - Promoção de um ambiente físico de acordo com a vontade da mulher/ acompanhante ^(a)
 - Avaliação das condições relativas à presença de acompanhante ^(a)
 - Legislação
 - Características físicas e organizacionais do serviço para a presença de acompanhante
 - Vontade expressa da mulher de que deseja acompanhante
 - Conhecimento da importância da presença de acompanhante no processo de nascimento, nomeadamente na vinculação e favorecimento dos papéis parentais
 - Inclusão do acompanhante como elemento ativo no processo de nascimento

<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconhecimento da importância da integração da visão cultural e espiritual no cuidar em ESMO ^(a) ○ Avaliação dos aspetos culturais e espirituais numa perspetiva individual ^(b) ○ Desenvolvimento de uma adequada intervenção no cuidar congruente com a realidade cultural e espiritual observada ^(b) 	
<p>Competências: Comuns do enfermeiro especialista: B2, B3, C1, C2, D1, D2.</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Estudante</p>	<p>Calendarização: ^(a) No decurso de período de estágio ^(b) Até à 5ª semana (2 de abril) em colaboração, até à 12ª semana (21 de maio) com supervisão e até à 20ª semana (16 de julho) de forma autónoma</p>
<p>Objetivo 10 Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em ESMO</p>	
<p>Atividades a desenvolver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do tema a investigar e desenvolver no relatório final do Estágio IV – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos e discussão do mesmo com a professora orientadora e enfermeira cooperante • Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática em investigação • Elaboração de uma <i>ScR</i> realizada de acordo com o protocolo do <i>Joanna Briggs Institute</i> para a elaboração de <i>ScR</i>. • Apresentação e discussão com a equipa sobre o tema “Musicoterapia como estratégia adaptativa para o recém-nascido à vida extrauterina” • Elaboração do relatório final do Estágio IV que articule as atividades realizadas, a reflexão sobre as mesmas e o conhecimento teórico-prático e científico adquirido com a <i>ScR</i> • Realização da apresentação e discussão final do relatório • Realização de reuniões de orientação e análise sobre o trabalho de investigação desenvolvido com a professora orientadora e enfermeira cooperante 	
<p>Competências: <u>Comuns do enfermeiro especialista:</u> B1, B2, D1, D2.</p>	
<p>Recursos: <u>Humanos:</u> Enfermeiro cooperante; Equipa multidisciplinar; Professora orientador e Estudante</p>	<p>Calendarização: No decurso das 20 semanas de estágio, que decorrem no período entre 28 de fevereiro a 16 de julho de 2023</p>

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente projeto individual de aprendizagem acarreta consigo metodologia, antevisão e preparação, situações que contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante em processo de aprendizagem. A aplicação do mesmo ao longo das vinte semanas que compõem o Estágio IV – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos faz com que este tenha o propósito de ser um instrumento norteador das atividades a desenvolver para a consecução dos objetivos de aprendizagem.

A realização do mesmo foi possível através do recurso com leitura, consulta e análise do RCEEEESMO (140/2019) e do RCCEE (391/2019) e dos diversos programas e planos da Direção Geral da Saúde da área da vigilância da gravidez de baixo risco, saúde infantil e vacinação, de forma a auxiliar na programação das atividades a desenvolver.

Está prevista a realização de todas as atividades planeadas e consequente consecução dos objetivos do estágio, sendo que estas/ estes podem ser mutáveis consoante as oportunidades de aprendizagem e as necessidades do serviço onde o estágio irá decorrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde. (2023). Norma 001/2023 de 27 de janeiro. Organização dos Cuidados de Saúde na preconção, gravidez e puerpério. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2022). Padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Lisboa.

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Lisboa.

SNS. (2023a, 3 de março). Hospital de . <https://www.hospital.pt/hospital/sobre-nos>

SNS. (2023b, 9 de março). Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.instituicao=Hospital+de+ ,+EPE&refine.tempo=2022>

APÊNDICE II – RELATÓRIO DA SCOPING REVIEW

Musicoterapia como estratégia adaptativa para o recém-nascido à vida extrauterina

AUTORES

Barros, Natalina¹ 210400012@essaude.ipsantarem.pt
Guerra, Açucena² acucena.guerra@essaude.ipsantarem.pt

¹ Mestranda do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Área científica – Saúde Individual e Comunitária. UMIS – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde; Enfermeira a exercer funções no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar do Oeste – Unidade Caldas da Rainha

² Professora Adjunta Convidada, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Santarém; Centro de Investigação da Qualidade de Vida (CIEQV), Politécnico de Santarém e Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.

INTRODUÇÃO

Oito semanas após a fecundação o produto da concepção, até então designado embrião, passa a designar-se feto, usando-se esta terminologia até ao momento do nascimento. Na primeira fase, a embrionária, ocorre a diferenciação celular em tecidos, órgãos e sistemas orgânicos, ocorrendo os primeiros batimentos cardíacos por volta da quarta semana. A partir da oitava semana esta unidade passa a designar-se feto e este, apesar do seu tamanho reduzido, já apresenta todas as estruturas orgânicas bem diferenciadas. Toda a fase fetal, que acontece desde esta altura até ao nascimento é caracterizada pelo crescimento e desenvolvimento destas estruturas já plenamente individualizadas (Moreira, 2014).

O desenvolvimento dos órgãos sensoriais do feto inicia-se durante a gestação, sendo um desses sentidos a audição. As primeiras experiências sensoriais do feto no período intrauterino são essenciais para o desenvolvimento adequado do cérebro. A audição configura-se como a capacidade de distinguir diferentes sons em diferentes frequências, intensidades e durações (Alemdar e Özedemir, 2017). Acredita-se que esta se estabelece na 22ª semana de gestação (Silva e Lopes, 2016), mas o início das respostas fetais a estes estímulos auditivos acontece apenas por volta das 27 semanas de idade gestacional (Alemdar e Özedemir, 2017).

Sabe-se que o ambiente *in utero* é rico em estimulação acústica para o feto. Esta pode ter origem em ruídos do corpo materno, ou origem nos ruídos ambientais em que a mãe está inserida. Estes estímulos são transmitidos ao feto através de um meio líquido, o

líquido amniótico, mas também por meio sólido, à medida que o feto se aproxima do termo e se mantém em contacto com as paredes uterinas. Este ambiente atenua o som, especialmente os impulsos sonoros de frequências altas. Os sons experimentados pelo feto são primariamente aqueles provenientes do corpo da mãe – a sua voz e todos os relacionados com os ruídos da atividade do seu corpo, como a ingestão de alimentos, os ruídos respiratórios e a atividade cardiovascular e gastrointestinal, mas também estímulos acústicos ambientais que são provenientes do meio em que a mãe se encontra, e aqui pode incluir-se a música que ela ouve (Silva e Lopes, 2016). Estes sons protegem o feto e melhoram a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (El-Metwally e Medina, 2020).

É por isso que o feto está em sintonia e consonância com os ritmos naturais maternos – biorritmicidade – tais como, os batimentos cardíacos. Depois do nascimento, um bebé que chora pode ser confortado e acalmado quando colocado sobre a mãe de forma a que consiga ouvir os seus batimentos cardíacos, ou ouvindo uma gravação desses batimentos. Uma das tarefas dos recém-nascidos é a de estabelecerem um biorritmo pessoal. Os pais podem ajudar neste processo, dando-lhe atenção, amor e carinho consistentes e aproveitando o estágio de alerta (primeiras horas de vida do recém-nascido) para desenvolverem comportamentos responsivos, aumentando assim as interações e as oportunidades de aprendizagem e estabilização individual (Williams, 2009).

Os sons percebidos pelo feto durante a gestação não são só os relacionados e gerados pelo corpo da mulher grávida, mas também os relacionados com os sons do ambiente em que ela está inserida, nomeadamente da música que ouve (Williams, 2009).

A música é constituída por sons organizados. O som faz parte do meio que nos rodeia, e absorvemo-lo inconscientemente desde o nascimento e até mesmo antes deste marco. Este provoca reações profundas que fazem parte, talvez, de um passado biológico primitivo que nos impregna uma memória auditiva. Acredita-se que trazemos em nós a memória do ritmo cardíaco materno. Este batimento regular confere uma sensação de segurança e de bem-estar físico, fenómeno que se pode traduzir em termos musicais. A música é, assim, necessária e importante não só durante toda a vida fetal, mas também após o nascimento (Pocinho, 2007). Reconhecer a existência de uma vida sensorial fetal que se configura como a capacidade do feto receber informações acústicas exteriores a si e de as assimilar com recurso a recetores sensoriais, de entre os quais os auditivos, permite também reconhecer que estas aprendizagens *in útero* são capazes de influir no comportamento neonatal, e que por isso nesta etapa pré-natal

surge a oportunidade de uma pré-aprendizagem auditiva (Pocinho, 2007). Acredita-se que o feto humano tenha a capacidade de aprender e recordar os estímulos auditivos do seu ambiente intrauterino e que esta memória possa ter um efeito calmante (Campbell-Yeo et al.,2011). O feto aprende a conhecer a voz da mãe, nas suas qualidades de timbre, inflexão, entoação e ritmo sendo por isso notória a preferência do recém-nascido pela voz materna, reconhecendo-a de entre as outras (Gomes-Pedro, 1985).

A música é a evocação da mãe, é repetir a relação com ela e com a natureza (Pocinho, 2007). Falar e cantar para o bebé, quer seja antes ou após o nascimento, é um comportamento humano essencial porque a relação mãe-bebé é já, antes do parto, uma relação sustentada no contacto sonoro intrauterino. É neste espaço íntimo e fusional da “noite uterina” que ocorrem “baladas amnióticas ao ritmo do coração”. Estas esboçam a pulsação e os movimentos ondulantes de vaivém, que o feto ouve e interioriza, e que constituirão o protótipo das canções de embalar (Carvalho, 1994).

O *white noise* caracteriza-se como um som ou ruído monótono composto por vários sons ambientais de diferentes frequências, semelhante ao som no útero materno. Sabe-se que os recém-nascidos são influenciados e confortados pelos batimentos cardíacos da mãe antes do nascimento e que eles se acalmam quando ouvem este som familiar e ritmado após o parto ou nascimento (Karakoç e Türker; 2014).

Entende-se trabalho de parto (TP) como o conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez iniciados, conduzem à expulsão do feto, membranas e líquido amniótico, cordão umbilical e placenta para o exterior. O TP pode ser dividido em três diferentes estádios que apresentam as seguintes designações: Dilatação (1º estádio), Período expulsivo ou Parto (2º estádio) e Dequitação (3º estádio) (Machado e Graça, 2017). Pode ainda ser considerado um quarto estádio do TP designado por período de Greenberg ou puerpério imediato que corresponde ao período de uma hora após saída da placenta. Este estádio é de particular importância para os processos de hemóstase materna, mas também para a avaliação do recém-nascido e da sua adaptação à vida extrauterina (Fatia e Tinoco, 2016). Este quarto estádio, constitui um período crucial para a mãe e recém-nascido, porque estão ambos, não só a recuperar do processo físico do parto, mas também a conhecer-se um ao outro iniciando a relação entre ambos fundamental para o processo de vinculação. É neste período que os órgãos maternos passam pelo processo de reajustamento inicial para o estado não gravídico e o recém-nascido, continua a transição da existência intrauterina para a extrauterina (Crum, 2009). Na presente investigação considera-se este quarto estádio como parte integrante do TP.

A adaptação à vida extrauterina, ou transição fetal-neonatal caracteriza-se por um processo biológico complexo que envolve modificações funcionais em todos os órgãos e sistemas do recém-nascido que conduzem a alterações cruciais nos seus sistemas circulatório e respiratório que culminam na manutenção de trocas gasosas adequadas sem a intervenção da circulação placentar, permitindo-lhe viver separado da unidade útero-placentar. Os aspetos mais importantes desta transição são: a conversão do pulmão cheio de líquido num órgão arejado e distensível, capaz de efetuar trocas gasosas; transição da circulação fetal para o estabelecimento da circulação tipo “adulto”; a separação de um ambiente térmico estável como o útero materno e adaptação ao meio extrauterino e a adaptação metabólica à vida extrauterina. Na maioria dos casos esta transição e adaptação ocorre de forma suave, podendo esta ocorrer de forma mais ou menos rápida (Malveiro, Marçal e Tuna, 2019; Teixeira, Rocha e Guimarães, 2007).

O índice de Apgar continua a ser um indicador de grande utilidade para avaliar a qualidade da adaptação à vida extrauterina. Nesta avaliação vigiam-se cinco parâmetros neonatais e atribui-se um score de 0, 1 e 2 para cada um deles. Estes parâmetros e pontuação são: Frequência Cardíaca (FC) – ausente (0), <100bpm (1) e >100bpm (2); Respiração – ausente (0), irregular (1) e choro vigoroso (2); Tônus muscular – hipotonia (0), flexão das extremidades (1) e movimento ativo (2); Resposta a estímulos – ausente (0), choro (1) e choro forte (2) e Cor da pele – cianose central ou palidez (0), cianose periférica (1) e rosado (2). Quanto mais elevado índice de Apgar melhor a adaptação à vida extrauterina (Graça e Moniz, 2017).

No RN de termo esta adaptação fisiológica à vida extrauterina decorre ao longo das primeiras 24 horas após o nascimento e considera-se concluída quando os parâmetros vitais, a capacidade para se alimentar e as funções gastrointestinais e renais estão estabelecidas e normais. Existe, no entanto, cerca de 1% a 2% dos RN de termo a apresentar dificuldades nesta adaptação e transição (Teixeira, Rocha e Guimarães, 2007).

A intervenção de enfermagem deve ir no sentido de suportar estes processos biológicos fundamentais à homeostasia do organismo. Assim, a musicoterapia pode ser utilizada pelos enfermeiros como intervenção no exercício da sua profissão, definindo-se a mesma como a utilização da música para ajudar a alcançar uma mudança fisiológica específica, sensorial ou comportamental (Vera et al., 2013).

A musicoterapia é uma intervenção não invasiva, eficaz e económica que ajuda os enfermeiros na criação de um ambiente de promoção da saúde e do bem-estar do paciente (Vera et al., 2013).

A atual concepção multidimensional da saúde exige uma abordagem multidisciplinar e justifica amplamente o contributo da musicoterapia como disciplina em crescimento, assim, os cuidados de enfermagem, entendidos como um processo holístico e individual, podem enriquecer-se com os contributos desta disciplina (Vera et al., 2013).

Especificamente na área da obstetrícia e neonatologia é reconhecido que a aplicação da música melhora a qualidade da gravidez, parto e nascimento do bebé, reduzindo o nível de ansiedade da mãe e o stress neonatal. A criança relacionar-se-á com as melodias que reconheceu no útero e estas estimularão o seu sistema neurovegetativo (sistema responsável pela homeostase, respostas apropriadas e coordenadas a estímulos externos e sincronização das atividades metabólicas com o ritmo circadiano cujos efectores são o músculo liso, cardíaco e glândulas) o que proporciona ao RN diferentes respostas e sensações (Frederico, 2001). Ou seja, a música funciona como um neurotransmissor interativo que atua diretamente no cérebro do feto. Desta forma, estão gravadas no recém-nascido diferentes sensações, que o levarão de volta a um estado agradável que ele experienciou ainda no útero materno (Berrocal, 2008).

A música está a ser cada vez mais utilizada nas unidades neonatais para melhorar os resultados fisiológicos e comportamentais ou para gerir a dor durante procedimentos médicos. (Hartling et al., 2009).

A utilização dos sons do ritmo cardíaco materno, em concomitância com música calmante proporcionam um controlo significativo da dor nos recém-nascidos (Bo e Callaghan, 2000).

A exposição, de recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) neonatais, a musicoterapia com recurso a *white noise* e canto materno, produz efeitos benéficos na dor, conforto, choro e parâmetros vitais dos mesmos. Quando comparados com o grupo de controlo, os recém-nascidos submetidos à audição de *white noise* ou canto materno viram: os seus níveis de dor reduzidos, sendo que o *white noise* foi mais eficaz que o canto materno; o conforto aumentado, o tempo de choro reduzido, os níveis de saturação de oxigénio aumentados e o batimento cardíaco reduzido durante a realização de um procedimento doloroso (Kahraman et al., 2020).

Estudos demonstraram que o *white noise* e a voz materna são frequentemente utilizados durante procedimentos dolorosos por diminuem a reação à dor devido à distração que induzem através da estimulação sonora (Kahraman et al., 2020).

A implementação de intervenções musicais traz diversos benefícios tais como favorecer o aumento e estabilização da saturação de oxigénio, a regulação da frequência cardíaca e respiratória, a promoção e indução do sono, melhoria da sucção-não-nutritiva, o ganho

ponderal e a redução do tempo de internamento hospitalar (Palazzi, Meschini e Piccinnini, 2017). Estes resultados sugerem que a estimulação musical pode ser aplicada para reduzir os efeitos adversos dos procedimentos invasivos e aumentar a adaptação dos recém-nascidos (Kahraman et al., 2020).

Os enfermeiros das UCI podem usar o *white noise* e envolver as mães nos cuidados o que contribui para a o desenvolvimento de cuidados centrados na família. Isto reduz não só a dor, como proporciona conforto aos recém-nascidos e reduz os dias de internamento hospitalar e melhora a satisfação dos pais com os cuidados prestados aos seus filhos (Kahraman et al., 2020).

No âmbito dos cuidados especializados em ESMO a pessoa cliente de cuidados é a mulher em todas as suas diferentes especificidades. No entanto, durante períodos específicos emergem também como clientes dos cuidados dos EEESMO outros clientes. Durante o trabalho de parto, para além da pessoa parturiente admite-se também como cliente de cuidados o feto. Assim, como no puerpério para além da pessoa puérpera, também o recém-nascido se torna cliente de cuidados (Cerejeira et al., 2022).

Em pediatria os cuidados estão mais direcionados para a aplicação de medidas do alívio da dor do que para a aplicação de estratégias promotoras do conforto. O desconforto é visto como uma sensação neutra de conforto, como a ausência de um desconforto específico. A avaliação do conforto como um resultado positivo e holístico e não meramente como a ausência de desconforto, é importante para medir a eficácia das medidas de conforto (Kolcaba e DiMarco, 2005).

A teoria do conforto de Kolcaba (2003), enfatiza aos aspetos físicos, psico-espirituais, socioculturais e ambientais do conforto o que dá contributo para uma abordagem proativa e multifacetada dos cuidados de enfermagem prestados. Em cuidados proativos mais do que minimizar aspetos negativos da doença ou trauma como a dor, ansiedade e depressão procura-se enaltecer e valorizar indicadores importantes para o equilíbrio das funções vitais como o conforto, esperança e resiliência (Magvary, 2002). Na definição de conforto holístico para a enfermagem Kolcaba (2003), refere que este é um estado imediato e holístico do ser fortalecido através da satisfação das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos de experiência, o físico, o psico-espiritual, o social e o ambiental. Entende-se por alívio o estado de ter um desconforto atenuado ou aliviado, por tranquilidade a ausência de desconfortos e transcendência pela capacidade de ultrapassar desconfortos quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba e DiMarco, 2005). Assim, o

recurso à música, mais especificamente ao *white noise*, ao longo de todo o trabalho de parto procura proporcionar conforto ao recém-nascido. Dando-lhe alívio por lhe atenuar o desconforto do nascimento por evocação do ambiente intrauterino; proporcionando-lhe tranquilidade por contribuir para o desvanecimento do desconforto de ter nascido e contribuindo para a sua transcendência por melhorar a capacidade de ultrapassar e adaptar-se à vida extrauterina nos contextos de experiência: com efeitos físicos de estabilidade hemodinâmica; psico-comportamentais de calma e controlo do choro; sociais de relação e vinculação com os pais e ambientais por se assemelhar ao meio *in útero*.

A percepção de que as técnicas e intervenções musicais aplicadas a recém-nascidos em contexto de internamento em UCI têm um efeito benéfico para os mesmos quer a nível fisiológico, neurosensorial e comportamental foi o motor para esta investigação, pretendendo-se assim, perceber se a aplicação dessas intervenções musicais, incluindo *white noise*, têm efeitos semelhantes nos recém-nascidos após o nascimento, de maneira a ajudá-los na sua adaptação à vida extrauterina. Para isso, foi realizada uma pesquisa preliminar na plataforma *EBSCOhost – Research Databases* e não foram identificadas revisões sistemáticas ou revisões que estudem a utilização da musicoterapia neste contexto, daí a importância e pertinência desta *Scoping Review*.

A opção pela realização de uma *Scoping Review* deve-se ao facto de este tipo de evidência permitir identificar e mapear a evidência disponível sobre determinado tema, campo, conceito ou questão. Para a fundamentação desta temática, pretendeu-se esclarecer os conceitos e, por consequente, as definições existentes na literatura disponível, garantindo a identificação das palavras-chave relacionadas com estes. Através da *Scoping Review* é possível aos investigadores ter uma visão geral de quais as pesquisas já realizadas na área. Após o mapeamento, seleção e inclusão dos principais artigos sobre a temática, pretende-se analisá-los e identificar lacunas de conhecimento nesta área (Aromataris & Munn, 2020).

QUESTÃO DE REVISÃO

Quais os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina?

PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia; *White noise*; Trabalho de parto, Recém-Nascido

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

Recém-Nascido

Conceitos

Musicoterapia; *White noise*; Trabalho de parto; Recém-Nascido; Vida extrauterina

Contexto

“Open”

Tipos de fontes

Serão considerados os estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista. Foram excluídos todos os artigos que não contenham os critérios de inclusão acima referidos.

MÉTODOS

Esta revisão será realizada de acordo com o *Joanna Briggs Institute*[®] para a elaboração de *Scoping Review*.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa terá como objetivo mapear a evidência sobre os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada na Plataforma *EBSCOhost - Research Databases* para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e termos indexados utilizados para descrever os artigos, foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa utilizada nas bases de dados CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE Complete, MedicLatina, PubMed e Google Scholar (Apêndice I). A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos indexados, foram adaptadas para cada base de dados.

Não foi utilizado friso cronológico, como tentativa de mapear toda a informação presente nestas bases de dados sobre o tema, e foram incluídos estudos em qualquer idioma, produzidos e publicados em qualquer país do mundo. Serão excluídos todos os artigos que não cumpram os critérios acima referidos.

Com base nos conceitos estipulados na PCC (Participantes, Conceitos e Contexto) foram selecionados os seguintes descritores: “*Infant, Newborn*”; “*Music Therapy*”; “*White noise*”; “*Intrauterine Sounds*”; “*Delivery, Obstetric*”; “*Parturition*”; “*Labor, Obstetric*”; “*Intrapartum, Care*”; “*Postpartum Care*”; “*Postpartum*” que relacionados através dos

operadores booleanos, “AND” e “OR”, obteve-se a seguinte expressão de pesquisa: “*Infant, Newborn AND (Music Therapy OR White noise OR Intrauterine Sounds) AND (Delivery, Obstetric OR Parturition OR Labor, Obstetric OR Intrapartum, Care OR Postpartum Care OR Postpartum)*”, em abril de 2023.

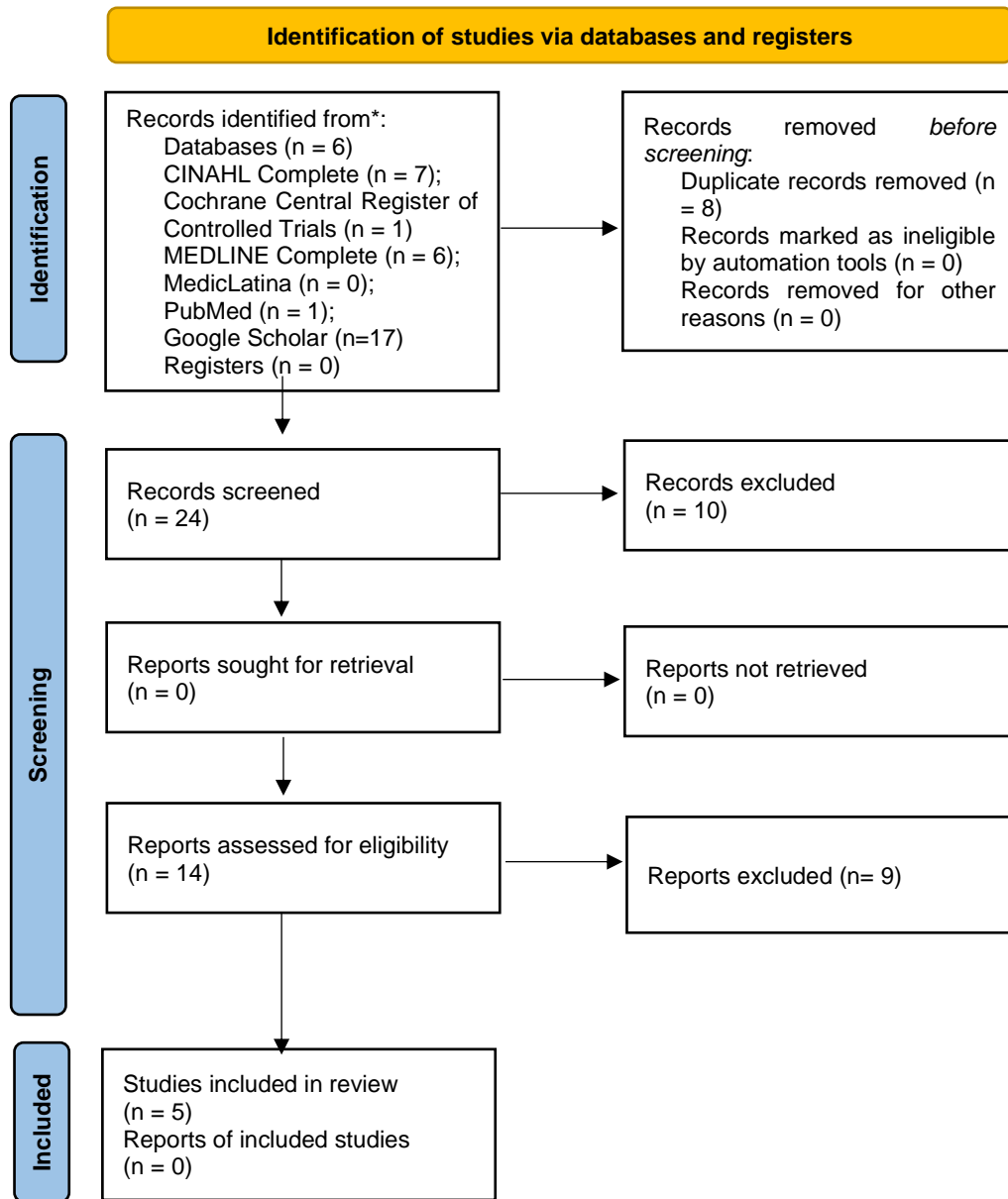
Seleção dos estudos

Após desenvolvimento da estratégia de pesquisa completa e remoção dos estudos duplicados, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, que foram analisados por dois revisores independentes para avaliação em função dos critérios de inclusão para a revisão. Os documentos potencialmente relevantes foram extraídos na íntegra e as suas informações de relevância introduzidas no Sistema JBI para a Gestão Unificada, Avaliação e Revisão de Informação (Aromataris & Munn, 2020). O texto integral dos artigos da pesquisa foi avaliado em pormenor em função dos critérios de inclusão por dois revisores independentes. As razões de exclusão dos documentos que não cumpriam os critérios de inclusão foram registadas e comunicadas na *Scoping Review*. Quaisquer divergências que surgiram entre os revisores em cada fase do processo de seleção foram resolvidas através de discussão, ou com um ou mais revisores adicionais. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo foram comunicados na íntegra na revisão sistemática final e apresentados numa extensão de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-analyses for scoping review (PRISMA-ScR).

Na etapa de Identification foram identificados trinta e dois artigos (sete na base de dados CINAHL Complete; um na Cochrane Central Register of Controlled Trials; seis na MEDLINE Complete; zero na MedicLatina, um na PubMed e dezassete no Google Scholar) sendo que foram removidos oito artigos que se encontravam duplicados, tendo seguido para revisão na etapa seguinte vinte e quatro artigos.

Na etapa seguinte, Screening, após a leitura do título e resumo dos artigos, foram excluídos dez artigos, por estes não contemplarem os critérios de inclusão relativos à população e conceito. Posteriormente, com a leitura integral dos artigos, foram excluídos nove artigos, seis após verificação da ausência da definição clara dos objetivos do estudo, da sua metodologia e da apresentação ou não da discussão dos resultados e três por estes não responderem à questão de revisão. Concluindo-se com a inclusão de cinco artigos na revisão (n = 5).

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



Fonte: Page, M.; McKenzie, J; Bossuyt, P.; Boutron, I.; Hoffmann, T.; Mulrow, C.; et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

Extração de dados

Os dados foram extraídos de estudos incluídos na Scoping Review por dois revisores independentes utilizando o *Data extraction instrument* de acordo com *Protocolo da Scoping Review* do JBI. Os dados extraídos incluem conteúdos sobre os participantes,

conceito, contexto, métodos de estudo e conclusões-chave relevantes para a questão de revisão.

A ferramenta de extração de dados, apresenta-se no Apêndice II que foi modificado e revisto conforme necessário durante o processo de extração de cada artigo incluído. Essas modificações foram apresentadas detalhadamente na *Scoping Review*. Quaisquer desacordos que surgiram entre os revisores, foram resolvidos através de discussão, ou com um ou mais revisores adicionais.

Conforme apresentado na Quadro 1, os quatro artigos incluídos foram publicados em revistas internacionais entre 2008 e 2020, todos eles escritos em inglês à exceção de uma que se encontrava escrito em espanhol. São estudos com uma relativa heterogeneidade em termos geográficos visto que quatro foram conduzidos na Europa e um na América do Norte. Foi considerada uma revisão sistemática da literatura, três estudos quantitativos (estudos controlados randomizados) e um estudo qualitativo. Os participantes incluídos nos artigos são mulheres grávidas em processo de trabalho de parto, parto e pós-parto e os seus filhos após o nascimento a quem foram submetidos algum tipo de intervenção de musicoterapia. Nos artigos quantitativos, foi utilizada estatística descritiva para o tratamento dos dados recolhidos enquanto que no estudo qualitativo foi utilizada a análise de conteúdo para tratamento dos dados recolhidos com as entrevistas.

Quadro 1 – Apresentação dos estudos incluídos

Título	Autores	Tipo de Estudo / Objetivos	Ano de publicação / País de origem
<i>The Effects of Mothers' Singing on Fullterm and Preterm Infants and Maternal Emotional Responses</i>	Andrea M. Cevalco	Trata-se de um estudo controlado randomizado (Nível 1.c – Estudo controlado randomizado – Evidência de eficácia, nível 1 Desenhos experimentais) realizado nos EUA a mães e RNs de termo e pré-termo nascidos e internados num centro hospitalar dos EUA. Cujo objetivo é determinar os efeitos da criação de uma gravação com o canto materno de cada mãe de RN pré-	2008 / Estados Unidos da América

		<p>termo para ser utilizado com ele na UCI neonatal na (a) capacidade das mães de RN pré-termo para lidar com os seus bebês e na criação de vínculo com eles e (b) na duração da hospitalização e no aumento de peso dos RN pré-termo. Um segundo aspeto do estudo consistiu em investigar se as mães de RN de termo e de RN pré-termo beneficiavam com a gravação de canções com a voz materna para usarem em casa com os seus bebês durante as primeiras 2 semanas após a alta.</p>	
<p><i>Music as a conditioning aid in the childbirth experience: A qualitative study</i></p>	<p>Amalia Klimi; Electra-Golfo Economidou; Maria Froudaki e Alexandra Mantoudi</p>	<p>Trata-se de um estudo qualitativo (Nível 3 (estudo qualitativo único) – Nível de Evidência para Meaningfulness). O objetivo deste estudo piloto foi explorar a extensão e a forma como a música, assim como outros sons, podem influenciar a experiência do parto natural. Tem como objetivo específico estudar as experiências e opiniões das mulheres que têm a oportunidade e a escolha de ouvir música durante o parto, de maneira a explorar a forma como a música e outros sons podem influenciar a experiência do parto e compreender melhor estes processos.</p>	<p>2011 / Grécia</p>
<p><i>Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and</i></p>	<p>Serap Simavli; Ilknur Gumus; Ikbal</p>	<p>Trata-se de um estudo controlado randomizado (Nível 1.c – Estudo randomizado controlado – Evidência de eficácia, nível 1</p>	<p>2014 / Turquia</p>

<p><i>Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial</i></p>	<p>Kaygusuz; Melahat Yildirim; Betul Usluogullari e Hasan Kafali</p>	<p>Desenhos experimentais) que tem como objetivo avaliar o efeito da música na dor do trabalho de parto e ansiedade, hemodinâmica materna, parâmetros fetais/ neonatais e necessidade de analgesia pós-parto em mulheres primíparas.</p>	
<p><i>Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto</i></p>	<p>Marta Cortés Campos</p>	<p>Este estudo trata-se de uma revisão integrativa (Nível 1.b – Revisão sistemática de Estudos Controlados Randomizado e outros desenhos de estudo – Evidência de eficácia, nível 1 Desenhos experimentais) em que foi efetuada uma pesquisa da literatura científica sobre os efeitos da musicoterapia na gravidez e no parto em que foram integrados 4 estudos publicados entre 2008 e 2010. Tem o objetivo de analisar e descrever a melhor evidência disponível sobre os efeitos da musicoterapia durante a gravidez e o parto</p>	<p>2015 / Espanha</p>
<p><i>The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother–infant bonding: a randomised, controlled study</i></p>	<p>Verena Wulff; Philip Hepp; Oliver Wolf; Percy Balan; Carsten Hagenbeck; Tanja Fehm e Nora Schaal</p>	<p>Trata-se de um estudo controlado randomizado (Nível 1.c – Estudo randomizado controlado – Evidência de eficácia, nível 1 Desenhos experimentais) que tem como objetivo investigar se uma intervenção pré-natal com música e canto pode melhorar o bem-estar materno bem como melhora o vínculo mãe-bebé</p>	<p>2020 / Alemanha</p>

Todas as conclusões dos quatro estudos atestam que existem benefícios para os recém-nascidos com consequentes ganhos em saúde associados à aplicação da musicoterapia, com recurso a diferentes técnicas, nomeadamente audição musical (de diferentes estilos musicais) e canto com voz materna, durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Os benefícios que a musicoterapia proporciona para o recém-nascido são identificados de uma forma quase transversal em todos artigos e estas são descritas, seguidamente, na apresentação e análise dos dados.

Apresentação e análise dos dados

A discussão dos resultados encontra-se integrada no presente relatório, no subcapítulo 2.4. Análise e discussão dos resultados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Açucena Guerra pela orientação pedagógica e tutorial ao longo de toda a construção desta *Scoping Review*.

Agradeço também à minha família, principalmente ao meu companheiro, pelo tempo que não lhe consegui dedicar como gostaria, pela compreensão e apoio incondicional.

FINANCIAMENTO

Não aplicável.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alemdar, D. & Özedemir, F. (2017). Effects of Covering the Eyes versus Playing Intrauterine Sounds on Premature Infants' Pain and Physiological Parameters during Venipuncture. *Journal of Pediatric Nursing* 37, e30-e36. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.016>

Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020. [cited 2022 Jun 27] Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Berrocal J. (2008) La Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas. Barcelona: Editorial UOC.

Bo, L.; MN, BN.; Callaghan, P. (2000). Soothing Pain-Elicited Distress in Chinese Neonates. *Pediatrics*, 105(4), e49–e49. doi:10.1542/peds.105.4.e49

Campbell-Yeo, M.; Fernandes, A. & Johnston, C. (2011). Procedural Pain Management for Neonates Using Nonpharmacological Strategies. *Advances in Neonatal Care*, 11(5), 312–318. doi:10.1097/anc.0b013e318229aa76

Carvalho, E. (1994). *A canção de embalar - Uma abordagem psicológica*. Boletim da Associação Portuguesa de Educação Musical, 84, 14-17.

Cerejeira, I., Cardoso, A. & Portugal, J. (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. OE 2022

Crum, K. (2009). Cuidados de Enfermagem no quarto trimestre. In: Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade (7ªed)*. Lisboa: Lusodidacta; 7ªed. p. 490-515.

El-Metwally, D. & Medina, A. (2020). The potential effects of NICU environment and multisensory stimulation in prematurity. *Pediatric Research*, 88, 161-162. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0738-4>

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In: Néné, M.; Marques, R. e Batista M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; p. 308-320.

Frederico, G.; (2001) *El embarazo musical. Comunicacion, estimulacion y vinculo prenatal a traves de la musica (3ªed.)* Buenos Aires: Editorial Kier.

Gomes-Pedro, J. (1985). *O comportamento materno durante a gravidez e parto. A Relação mãe-filho*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Graça, A. & Moniz, C. (2017) Reanimação do recém-nascido na sala de partos: conceitos e atitudes. In: Graça L. *Medicina Materno Fetal (5ª ed.)*. Lisboa: Lidel; 5ª ed. p. 272-279.

Hartling, L.; Shaik, S.; Tjosvold, L.; Leicht, R.; Liang, Y. & Kumar, M. (2009). Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 94(5), F349–F354. doi:10.1136/adc.2008.148411

Kahraman, A.; Gümüş, M.; Akar, M.; Sipahi, M.; Bal Yılmaz, H., & Başbakkal, Z. (2020). The effects of auditory interventions on pain and comfort in premature newborns in the

neonatal intensive care unit; a randomised controlled trial. *Intensive & critical care nursing*, 61, 102904. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102904>

Karakoç, A., & Türker, F. (2014). Effects of white noise and holding on pain perception in newborns. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(4), 864–870. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.01.002>

Kolcaba, K. & DiMarco, M (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31(3), 187-194

Kolcaba, K. (2003) *Comfort theory and practice*. New York, NY: Springer Publishers.

Machado, M. & Graça, L. (2017) Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: Graça L. *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel; 5ª ed. p. 220-228.

Magvary, D. (2002). Positive mental health: A turn of the century perspective. *Issues in Mental Health Nursing*. 23(4), 3310-3350

Malveiro, D.; Marçal, M. & Tuna, M. (2019). Problemas respiratórios no recém-nascido. In M. L. Tuna; P. Loio; C. G. Pinto; A. Salazar; E. Santos; M. Aguiar; M. Marçal; A. R. Prior; F. Vieira; D. Malveiro; A. T. Maria & C. Correia (ed.). *Neonatologia, Manual Prático* (3.ª ed.) (pp. 39-56). Lisboa, Portugal: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Moreira, C. (2014). Desenvolvimento Embrionário Humano. *Revista Ciência Elementar*, 2(04): 248. doi.org/10.24927/rce2014.248

Page, M.; McKenzie, J; Bossuyt, P.; Boutron, I.; Hoffmann, T.; Mulrow, C.; et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

Palazzi, A.; Meschini, R. & Piccinini, A. (2017) Intervenção Musicoterápica Para Mãe-Bebê Pré-termo: Evidências de Um Estudo de Caso em Uma UTI Neonatal Brasileira. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 1-18. <https://dx.doi.org/10.15845/voices.v17i2.916>

Pocinho, M.D. (2007). *A música na relação mãe-bebê* (2ª ed.) Lisboa: Instituto Piaget.

Silva, M. & Lopes, N. (2026). Comunicação Intrauterina. In Néné, M.; Marques, R. e Batista M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; p. 163-166.

Teixeira, A.; Rocha, G. & Guimarães, H. (2007). Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 38(6), 250-256.

Vera, A.; Cócera, V.; Cócera, J.; Mancheño, M.; Marín, M.; Navarret, R. & Valentín, M. (2013). Musicoterapia y enfermería. *Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 102, 3-6- ISSN 0214-0128

Verdeau-Paillés, J. & Caladou, J-M. G. (1986) *As técnicas psicomusicais activas de grupo e a sua aplicação em psiquiatria* (trad. De GCG e ASS). Paris: Doin éditeurs.

Williams, R. (2009). Transição para a Parentalidade. In: Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7ªed). Lisboa: Lusodidacta; 7ªed. p. 521-542.

Wulff, V.; Hepp, P.; Wolf, O.; Balan, P.; Hagenbeck, C.; Fehm, T. & Schaal, N. (2020). The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother–infant bonding: a randomised, controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 303(1), 69-83. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05727-8>

APÊNDICE III – CRUZAMENTO DOS DESCRITORES POR BASES DE DADOS

Search	Query	Records retrieved at CINAHL Complete	Records retrieved at Cochrane Central Register of Controlled Trials	Records retrieved at MEDLINE Complete	Records retrieved at MedicLatina	Records retrieved at Pubmed	Records retrieved at Google Scholar
#1	(MH "Infant, Newborn")	35,584	2,646	97,226	44	271	6,580
#2	(MH "Music Therapy") OR "white noise" OR "intrauterine sounds"	3,057	129	2,018	38	403	18,100
#3	(MH "Delivery, Obstetric") OR "parturition" OR "Labor, Obstetric" OR (MH "Labor") OR (MH "Intrapartum Care") OR (MH "Postpartum Care (Saba CCC)") OR "postpartum"	14,923	1,525	22,087	1,124	10,393	144,000
#4	#1 AND #2 AND #3 – (MH "Infant, Newborn") AND [(MH "Music Therapy") OR "white noise" OR "intrauterine sounds"] AND [(MH "Delivery, Obstetric") OR "parturition" OR "Labor, Obstetric" OR (MH "Labor") OR (MH "Intrapartum Care") OR (MH "Postpartum Care (Saba CCC)") OR "postpartum"]	7	1	6	-	1	17

APÊNDICE IV – SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Musicoterapia como estratégia adaptativa para o recém-nascido à vida extrauterina

Docente: | Trabalho elaborado pela mestranda:
Profª Açucena Guerra | Natalina Barros nº210400012



8º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio IV Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos



Mapa Conceptual



Adaptação à vida Extrauterina

Malveiro, Marçal e Tuna (2019);
Teixeira, Rocha e Guimarães (2007)
índice de Apgar Graça e Moniz, (2017)

Recém-nascido

UIE/ACSS (2017)

Musicoterapia/ White noise

Pocinho (2007)
Silva e Lopes (2016)
El-Metwallye Medina, (2020)
Veraetal. (2013)
Frederico (2001)
Berroca(2008)
WN Karakoç Türker, 2014

Trabalho de Parto

Machado e Graça(2017)
Fatia e Tinoco (2016)
Crum (2009)





Adaptação à vida Extrauterina



Adaptação à vida extrauterina Transição Feta≠neonatal

Processo biológico complexo que envolve modificações funcionais em todos os órgãos e sistemas do recém-nascido que conduzem a alterações cruciais nos seus sistemas circulatório e respiratório.

Na maioria dos casos esta transição ocorre de forma suave, normalmente ao longo das primeiras 24h de vida do RN

(Malveiro, Marçal e Tuna, 2019; Teixeira, Rocha e Guimarães, 2007).

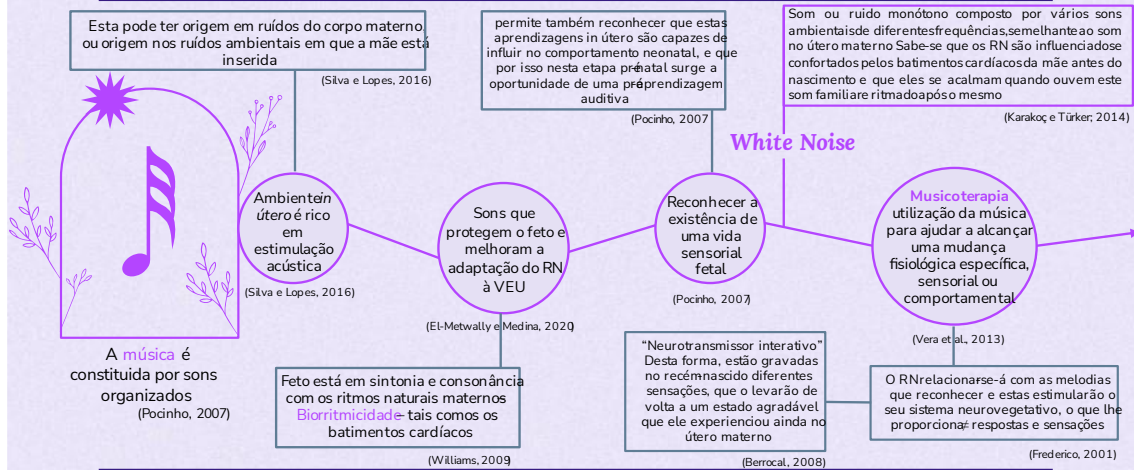
Índice de Apgar

Indicador de grande utilidade para avaliar a qualidade da adaptação à VEU. Quanto + elevado IA melhor a adaptação à VEU (Graça e Moniz, 2017).

Sinais	0	1	2
FC	Ausente	<100bpm	>100bpm
Respiração	Ausente	Irregular	Choro vigoroso
Tônus Muscular	Hipotonia	Flexão das extremidades	Movimento ativo
Resposta a estímulos	Ausente	Choro	Choro forte
Cor da pele	Cianose central ou palidez	Cianose periférica	Rosado



Musicoterapia / White Noise



Trabalho de Parto

Conjunto de fenômenos fisiológicos que uma vez iniciados, conduzem à expulsão do feto, membranas e líquido amniótico, cordão umbilical e placenta para o exterior

(Machado e Graça, 2017)

TP pode ser dividido em três diferentes estádios:

Dilatação (1º estágio),
Período expulsivo ou Parto (2º estágio)
Dequitação (3º estágio)
(Machado e Graça, 2017)

Puerpério imediato (4º estágio)
(Fátia e Tinoco, 2016)

Período crucial para a mãe e RN, porque estão, não só a recuperar do processo físico do parto, mas também a conhecer-se, iniciando a relação entre ambos fundamental para o processo de vinculação.

É neste período que os órgãos maternos passam pelo processo de reajustamento inicial para o estado não gravídico e o recém-nascido, continua a transição da existência intrauterina para a extrauterina

(Crum, 2009)

Musicoterapia como estratégia adaptativa para o recém-nascido à vida extrauterina

01

Questão de Revisão

Quais os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina?

02

Objetivo

Mapear a evidência sobre os benefícios da musicoterapia para a adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina (VEU)



Critérios de Inclusão



Participantes

Recém-nascido



Conceito

Musicoterapia
White noise
Trabalho de parto
Recém-nascido
Vida Extraterina



Contexto

“Open”

01



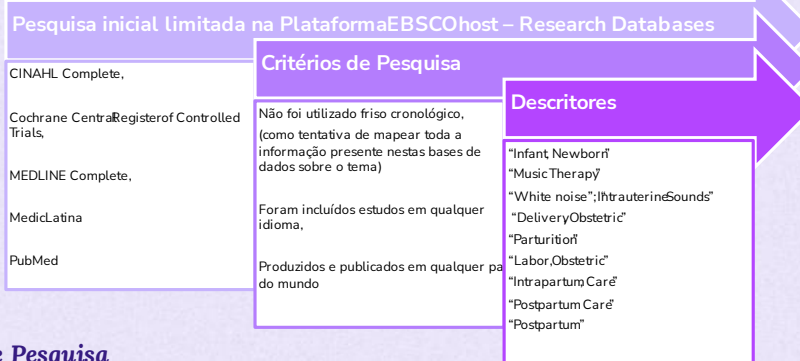
Metodologia

Estratégia de Pesquisa





Estratégia de Pesquisa



Expressão de Pesquisa

Infant, Newborn AND (Music Therapy OR White noise OR Intrauterine Sounds) AND (Delivery, Obstetric OR Parturition OR Labor, Obstetric OR Intrapartum Care OR Postpartum Care OR Postpartum)

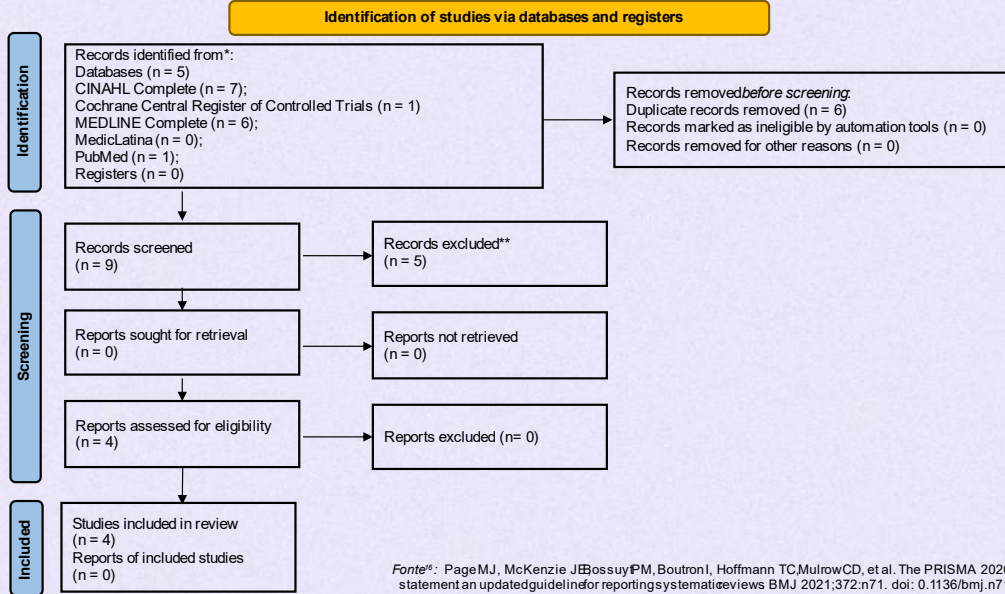


Metodologia

Seleção dos estudos

02





03

Metodologia

Extração de Dados





Artigos Incluídos



Journal of Music Therapy, XLV (3), 2008, 273-306
© 2008 by the American Music Therapy Association

The Effects of Mothers' Singing on Full-term and Preterm Infants and Maternal Emotional Responses

Cevasco (2008)

NOSILEFTIKI 2011, 50(3): 297-306 - NOSILEFTIKI 2011, 50(3): 297-306

RESEARCH PAPER - ORIGINAL PAPER

Music as an Aid to the Experience of Normal Childbirth: A Qualitative Study

Klimi et al. (2011)

Cryobiologic and Obstetric Investigation

Original Article

Received December 5, 2014
Accepted for review June 4, 2014
Published online September 16, 2014

Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and Postpartum Analgesic Requirement: A Randomized Controlled Clinical Trial

Smavli et al. (2014)

Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto

Campos (2015)



Metodologia

Apresentação e Análise dos dados

04



Frederico (2001)

- TP e parto são eventos potencialmente indutores de stress fetal e neonatal

Simavliet al. (2014)

- Efeito da musicoterapia nos parâmetros feto-neonatais demonstrou-se que esta contribuiu para um aumento da FCF basal, com maior número de acelerações e maior número de movimentos fetais durante todas as fases do trabalho de parto o que melhorou os parâmetros do NST

Silva e Lopes (2016)

- Ambiente *in útero* rico em estimulação acústica para o feto e que este tem capacidades neurosensoriais auditivas e que biologicamente o seu corpo responde a estímulos auditivos

Klimi et al. (2011)

- O feto participa, no processo de parto. A sua participação é aparentemente passiva, mas não se deve esquecer que os seus sentidos, nomeadamente a audição. A utilização da música ajudanão só a mulher grávida e o feto de várias formas durante o trabalho de parto como também se observam benefícios para o recém-nascido durante o período pós-parto

Klimi et al., 2011

- A música é um instrumento auxiliador que pode ser utilizado tanto na preparação para o parto como durante o próprio parto, não existindo contraindicações para a utilização da mesma no período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto

Simavliet al. (2014)

- A fase ativa e a segunda fase do trabalho de parto foram significativamente mais curtas quando utilizada musicoterapia, isto pode ser explicado pelo facto das mulheres sentirem mais dor e ansiedade à medida que o trabalho de parto progride, com conseqüente redução da tolerância e controlo o que pode afetar negativamente a capacidade de fazer esforços expulsivos

Vera et al. (2013)

- Sendo a intervenção de enfermagem uma atividade no sentido de suportar os processos biológicos, como o trabalho de parto, que devem contribuir para a homeostasia do organismo e percebendo - se que a musicoterapia tem o efeito de reduzir este período, esta pode ser utilizada pelos enfermeiros no exercício da sua profissão, no sentido de ajudar a alcançar uma mudança fisiológica específica, sensorial ou comportamental como a redução da dor e ansiedade e melhoria do controlo da mulher neste momento

Simavliet al. (2014)

- Isso trará efeitos benéficos para o feto e recém-nascido por se reduzir o trabalho de parto que é um momento indutor de stress para o feto

Simavli et al. (2014)

- A avaliação do IA ao 5º minuto foi de 9 e 10 em todos os RN sujeitos a musicoterapia no trabalho de parto que participaram na investigação sendo que o mesmo não aconteceu ao grupo de controlo que não recebeu esta intervenção

Teixeira, Rocha e Guimarães, (2007)

- Sendo este índice tradutor da adaptação do RN à VEU, onde scores + elevados demonstram melhor adaptação, pode inferir-se que a musicoterapia contribuiu para uma melhor transição fetal-neonatal. Esta transição envolve processos de modificação funcional dos órgãos fetais, com implicação nos sistemas respiratório e circulatório do RN

Graça e Moniz (2017)

- Sendo a FC e o tónus muscular do RN parâmetros avaliados no IA
- Tendo a musicoterapia efeitos benéficos na FCF e aumento dos movimentos fetais durante o TP

Simavli et al. (2014)

- poder-se-á encontrar uma relação de causa-efeito apesar de muitas outras variáveis poderem interferir com estes parâmetros após o nascimento

Cevasco (2008)

- Apesar de não terem sido objetivamente recolhidos dados sobre a SatO₂, FC e FR dos RN observou-se que muitos bebés evidenciaram sinais fisiológicos positivos enquanto ouviam a gravação do canto materno

Pocinho, (2007)

- Reconhecer a existência de uma vida sensorial fetal, como a audição, permite também reconhecer que estas aprendizagens *in útero* são capazes de influir no comportamento / resposta neonatal.

Gomes -Pedro (1985)

- Anteriormente já era aceite esta ideia de que o feto aprende a conhecer a voz da mãe e que a reconhece de entre as outras

Kahraman et al. (2020)

- O white noise e canto materno, produzem efeitos benéficos na dor, conforto, choro e parâmetros vitais dos RN submetidos à sua audição
 - Níveis de dor reduzidos,
 - Conforto aumentado,
 - Tempo de choro reduzido,
 - Níveis de SatO₂ aumentado
 - Batimento cardíaco reduzido
- durante a realização de um procedimento doloroso

Palazzi, Meschini e Piccinnini, (2017)

- Na mesma linha observa-se que a implementação de intervenções musicais traz diversos benefícios fisiológicos tais como
- favorecer o aumento e estabilização da SatO₂,
- regulação da FC e FR,
- promoção e indução do sono,
- melhoria da sucção-não-nutritiva,
- ganho ponderal
- redução do tempo de internamento hospitalar

Cevasco (2008)

- Estes são alguns dos sinais positivos a nível fisiológicos que Cevasco observou, mas que não mensurou no seu estudo.

Cevasco, (2008)

- A nível comportamental observou-se que mães que utilizam a música com os seus filhos com recurso ao seu canto reconhecem o seu efeito calmante, utilizando-o para esse fim quando eles se encontram agitados, observam que os ajuda a deixar de chorar, e é um bom recurso para estes adormecerem – capacidade de induzir o sono

Klimi et al. (2011)

- Isto foi também reconhecido por mulheres que ouviram música com os seus filhos nas primeiras horas do pós-parto por reconheceram que os seus filhos se acalmavam ao som da música, como se a reconhecessem por terem-na ouvido durante a gravidez

Campos (2015)

- Este efeito de relaxamento e indutor do sono foi também relatado por Campos quando refere que os RN que foram expostos a música demonstraram reações positivas e benéficas quando reconheciam as músicas que tinham ouvido previamente e que estes principais efeitos foram que se acalmavam e adormeciam

Campbell-Yeo et al.,(2011)

- Estes efeitos observados sustentam a ideia de que o feto humano tem a capacidade de aprender e recordar os estímulos auditivos do ambiente intrauterino e que esta memória tem um efeito calmante em si após o nascimento

Outro achado interessante, apesar de estatisticamente pouco robusto

Cevasco (2008)

- foi que em RN prematuros que receberam estimulação musical observou-se que
- o seu aumento ponderal foi superior
- os dias de hospitalização inferior (em 2 dias) em relação àqueles que não receberam esta intervenção auditiva

Palazzi, Meschini e Piccinnini (2017)

- A implementação de intervenções musicais trazem benefícios para o RN como
- ganho ponderal
- redução do tempo de internamento hospitalar

Cevasco, (2008)

- Foi observado também que RN estimulados com canto materno ouviam e prestavam atenção à música cantada e sorriam quando esta era reproduzida

Carvalho (1994)

- isto corrobora a ideia de que falar e cantar para o bebé (quer seja antes ou após o nascimento) é um comportamento humano essencial porque a relação mãe bebé é já, antes do parto, uma relação sustentada no contacto sonoro intrauterino

Frederico (2001)

- A criança vai relacionar-se e reconhecer músicas ouvidas *in útero* e estas estimularão o seu sistema neurovegetativo com efeitos nos seus outros sistemas o que proporciona ao RN diferentes respostas e sensações

Berrocal, (2008)

- Neste sentido a música funciona como um neurotransmissor interativo que atua diretamente no cérebro e que contribui para a memória biológica do RN relativamente a diferentes sensações, que o levarão de volta a um estado agradável já experienciado no útero materno

Este efeito de causalidade e de resposta do RN ao reconhecer e responder a uma música como white noise, ou responder à voz materna

Cevasco, (2008)

- é reconhecido pelas mães como promotor do vínculo mãe-bebé quando estas referem que sentem que seu canto ajuda a promover uma forte ligação mãe-bebé entre si e o seu filho

Pocinho (2007)

- Acredita-se que os RN trazem a memória do ritmo cardíaco materno. Este batimento regular confere uma sensação de segurança e de bem-estar físico fenómeno que se pode traduzir em termos musicais como *no white noise*.

Karakoç e Türker, (2014)

- Sabe-se que os RN são influenciados e confortados pelos batimentos cardíacos da mãe antes do nascimento e que eles se acalmam quando o ouvem

Pocinho, (2007)

- A música é, assim, necessária e importante não só durante toda a vida fetal, mas também após o nascimento sendo também um contributo vital para o início do estabelecimento do processo de vinculação.

Cevasco, (2008)

- Observou-se que as mães dos grupos experimentais cantaram e utilizaram mais música com os seus filhos.
- Uma explicação para isto pode ser atribuída ao facto delas terem percebido, através do estudo de investigação, a importância de cantar para o seu bebé.

Klimi et al. (2011)

- Considerou-se aconselhável que a equipa de enfermagem melhorasse a sua compreensão da utilização da musicoterapia durante o trabalho de parto e que por isso seria importante a sua formação assim como dos futuros pais para que a utilização da música como apoio ao parto se torne uma prática quotidiana

Cevasco (2008)

- Até porque o encorajamento e o feedback positivo dado às mães durante a utilização do seu canto com os seus filhos podem ter-lhes dado confiança e, assim, tê-las capacitado positivamente para cantarem para eles por saberem os benefícios

Cevasco (2008)

- Parece sustentar-se a recetividade da utilização desta estratégia quando a mesma é disseminada
- pois observou-se que as mães que utilizaram musicoterapia, indicaram uma maior crença na importância da música



Conclusões



Musicoterapia é uma intervenção não invasiva, eficaz e económica que ajuda os enfermeiros na criação de um ambiente de promoção da saúde e do bem-estar do paciente

(Vera et al., 2013)



Pode ser clinicamente recomendada como um método alternativo, seguro, fácil, não invasivo e não farmacológico para melhorar bem-estar materno-fetal (Simavliet al., 2014) e neonatal



**Sugestões para o
Bloco de Partos
do ----**



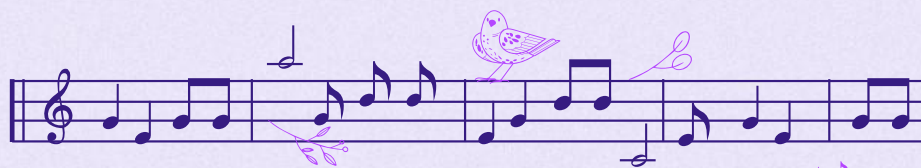
✦ **Disseminar / Dar a conhecer**

- Integrar o tema da musicoterapia, nomeadamente o white noise, e os seus benefícios para o feto e RN nos CPPN
- Aconselhar na utilização de musicoterapia, nomeadamente white noise durante o TP

✦ **Utilizar recursos já existentes**

Leitor de rádio/ mp3 - Pendrive

✦ **Experimentar...**



A música é a evocação da mãe, é repetir a relação com ela e com a natureza

Pocinho (2007)



Obrigada pela vossa atenção



Referências bibliográficas

- Alemdar, D. & Özdemir, F. (2017). Effects of Covering the Eyes versus Playing Intrauterine Sounds on Premature Infants' Pain and Physiological Parameters during Venipuncture. *Journal of Pediatric Nursing* 37, e30-e36. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.016>
- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2022 Jun 27] Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Berrocá J. (2008) La Música y neurociencia: la musicoterapia. Sus fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas. Barcelona: Editorial UOC.
- Bo, L.; MN, BN; Callaghan, P. (2000). Soothing Pain-Elicited Distress in Chinese Neonates. *Pediatrics*, 105(4), e49-e49. doi:10.1542/peds.105.4.e49
- Campbell-Yeo, M.; Fernandes, A. & Johnston, C. (2011). Procedural Pain Management for Neonates Using Nonpharmacological Strategies. *Advances in Neonatal Care*, 11(5), 312-318. doi:10.1097/anc.0b013e318229a76
- Carvalho, E. (1994). A canção de embalar - Uma abordagem psicológica. *Boletim da Associação Portuguesa de Educação Musical*, 84, 14-17.
- Cerejeira, I., Cardoso, A. & Portugal, J. (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Crum, K. (2009). Cuidados de Enfermagem no quarto trimestre. In: *Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). Enfermagem na Maternidade (7ª ed)*. Lisboa: Lusodicta; 7ª ed. p. 490-515.
- El-Metwally, D. & Medina, A. (2020). The potential effects of NICU environment and multisensory stimulation in prematurity. *Pediatric Research*, 88, 161-162. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0738-4>
- Fátia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In: Néné, M.; Marques, R. e Batista M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; p. 308-320.
- Frederico, G. (2001) El embarazo musical. Comunicación, estimulación y vínculo prenatal a través de la música (3ª ed.). Buenos Aires: Editorial Kier.
- Gomes-Pedro, J. (1989). O comportamento materno durante a gravidez e parto. A Relação mãe-filho. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.
- Graça, A. & Moniz, C. (2017) Resonância do recém-nascido na sala de partos: conceitos e atitudes. In: Graça L. *Medicina Materno-Fetal (5ª ed.)*. Lisboa: Lidel; 5ª ed. p. 272-279.
- Hartling, L.; Shaik, S.; Tjpsvold, L.; Lecht, R.; Liang, Y. & Kumar, M. (2009). Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 94(5), F349-F354. doi:10.1136/adc.2008.148411
- Kahraman, A.; Gümüş, M.; Akar, M.; Sipahi, M.; Bal Yılmaz, H. & Başbakkal, Z. (2020). The effects of auditory interventions on pain and comfort in premature newborns in the neonatal intensive care unit: a randomised controlled trial. *Intensive & critical care nursing*, 61, 102904. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102904>
- Karakoç, A. & Türker, F. (2014). Effects of white noise and holding on pain perception in newborns. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(4), 864-870. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.01.002>
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2009). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194
- Kolcaba, K. (2003) *Comfort theory and practice*. New York, NY: Springer Publishers.
- Michado, M. & Graça, L. (2017) Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: Graça L. *Medicina Materno-Fetal (5ª ed.)*. Lisboa: Lidel; 5ª ed. p. 220-228.
- Magvary, D. (2002). Positive mental health: A turn of the century perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(4), 3310-3350.
- Malveiro, D.; Marçal, M. & Tuna, M. (2019). Problemas respiratórios no recém-nascido. In M. L. Tuna; P. Loio; C. G. Pinto; A. Salazar; E. Santos; M. Aguiar; M. Marçal; A. R. Prior; F. Vieira; D. Malveiro; A. T. Maria & C. Correia (ed.). *Neonatologia, Manual Prático (3.ª ed.)* (pp. 39-56). Lisboa, Portugal: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ [Internet]* 2021 Mar 29 [cited 2022 Jun 27];372(7):1-9. Available from: <http://www.prisma-statement.org/> DOI: 10.1136/bmj.n71.
- Palazzi, A.; Meschini, R. & Piccinini, A. (2017) Intervenção Musicoterápica Para Mãe-Bebê Pré-termo: Evidências de Um Estudo de Caso em Uma UTI Neonatal Brasileira. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 1-18. <https://dx.doi.org/10.15849/voices.v17i2.916>
- Pocinho, M.D. (2007). A música na relação mãe-bebê (2ª ed.) Lisboa: Instituto Piaget.
- Silva, M. & Lopes, N. (2020). Comunicação Intrauterina. In Néné, M.; Marques, R. e Batista M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; p. 163-166.
- Teixeira, A.; Rocha, G. & Guimarães, H. (2007). Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso. *Acta Pediátrica Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 38(6), 250-256.
- UE/ACSS - Unidade de Instalações e Equipamentos / Administração Central do Sistema de Saúde, (2017). *Recomendações Técnicas para Unidade de Neonatologia - RT 11/2017*. Ministério da Saúde da República Portuguesa.
- Vera, A.; Cócera, V.; Cócera, J.; Mancheño, M.; Marín, M.; Navarret, R. & Valentín, M. (2013). Musicoterapia y enfermería. *Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 102, 3-6- ISSN 0214-0128
- Verdeau-Pallés, J. & Caladou, J.-M. G. (1986) *As técnicas psicomusicais activas de grupo e a sua aplicação em psiquiatria* (trad. De GCG e ASS). Paris: Doin éditeurs.
- Williams, R. (2009). Transição para a Parentalidade. In: *Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). Enfermagem na Maternidade (7ª ed)*. Lisboa: Lusodicta; 7ª ed. p. 521-542.

ANEXOS

ANEXO I – REGISTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	454
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	43
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	12
• Episiotomia/Episiotomy	12
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	40
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	153
• Trabalho de parto/Labor	44
• Puerpério/Puerperium	63
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	212
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	249
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	64
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	153
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	×
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	×
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	×
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	×
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Practice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	×

Santarém, 31 de dezembro de 2023

Estudante/Student

Dalva Maria Antunes Barros

Professor/Teacher

Aurora Guerra

Coordenador do curso/The course coordinator

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago
Num. de identificação: 08560601