

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Cuidar com Música no 2º Estádio do Trabalho de
Parto - Um Cuidado do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Carla Sofia Carriço Valente

Lisboa

2018



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Cuidar com Música no 2º Estádio do Trabalho de
Parto - Um Cuidado do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Carla Sofia Carriço Valente

Orientador: Professora Teresa Félix

Lisboa

2018



“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído”

Confúcio

O meu profundo agradecimento à minha família por todo o amor, apoio e compreensão que demonstraram durante este percurso. Sem o vosso apoio teria sido um caminho muito mais árduo

Um agradecimento especial às orientadoras dos ensinamentos clínicos por toda a disponibilidade, ensinamentos e alento

Aos amigos e colegas com quem partilhei angústias, momentos de reflexão e discussão, que me incentivaram neste meu percurso

Às famílias de quem cuidei, por me permitirem estar presente num momento tão único e com elas, também, aprender

À professora Teresa Félix pela sua orientação e sabedoria

A todos os que contribuíram com conhecimento, sugestões e opiniões

Só, assim, foi possível chegar aqui,

Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

CPP – Curso de preparação para a Parentalidade

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino Clínico

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM- International Confederation of Midwives

JBI – Joanna Briggs Institute

JQI – Joint Quality Initiative

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP – Trabalho de Parto

UNICEF – United Nations Children's Fund

VGBR – Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

RESUMO

O TP é um momento único na vida da mulher/família e, como tal, o EEESMO tem a responsabilidade de promover medidas que possibilitem vivenciar esta experiência de uma forma saudável e positiva. Neste sentido, a utilização da música deverá ser promovida e difundida para além do 1º estágio do TP, proporcionando continuidade de cuidados, bem-estar e satisfação das parturientes.

Este trabalho teve como finalidade desenvolver competências comuns e específicas inerentes ao exercício de EEESMO, bem como, conducentes ao grau de mestre. Como objetivos específicos pretendeu-se aprofundar conhecimentos sobre os benefícios da utilização da música no 2º estágio do TP, difundir a sua utilização junto dos enfermeiros e da mulher/família, planejar e implementar uma prática baseada na evidência, promovendo a sua utilização e identificando os seus benefícios para as parturientes.

Nesta sequência, para fomentar uma prática baseada na evidência, foi realizada uma *Scoping Review* sobre a temática e, posteriormente, foi planeada, implementada e analisada a prestação de cuidados considerando o bem-estar e satisfação da parturiente, com recurso à música e tendo por base os pressupostos de Swanson, designadamente, o *conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença*. Assim, a utilização da música foi um método bem aceite pelas parturientes que cuidei, que reconhecem como benefícios desta a tranquilidade, o auxílio na concentração durante o TP e o efeito positivo no ambiente da sala de partos. Não identifiquei parturientes com TP prolongado quando utilizada a música durante o mesmo. Embora não tenha sido reconhecido o seu efeito no alívio da dor, constatei um maior número de partos eutócicos, bem como, uma maior satisfação das parturientes.

A utilização da música no 2º estágio do TP é, portanto, um método não invasivo/farmacológico, de fácil implementação, centrada na mulher/família, com efeitos benéficos, que deverá ser difundido pelos EEESMO.

Palavras-Chave: Música, Cuidados de Enfermagem, 2º Estágio do Trabalho de parto, EEESMO

ABSTRACT

Labor is a unique moment in a woman's life/family and therefore the specialist nurse in maternal health and obstetrics has the responsibility for taking actions that will make it possible, for them, to experience this moment in a healthy and positive way. In this logic, the use of music must be promoted and disseminated beyond the first stage of labor, providing the continuity of care, wellbeing and satisfaction of the woman in labor.

This project had the purpose to develop common and specific skills inherent to the practice of specialist nurse in maternal health and obstetrics, as well as, leading to the degree of master. As specific goals it was intended to consolidate knowledge about the benefits of the use of music on the second stage of labor, to spread its use among nurses and among the woman/family, to plan and implement an evidence based practice, promoting its use, identifying its benefits in women in labor.

As a result, and in order to promote an evidence based practice it was held a 'Scoping Review' about this subject and, later on, it was planned, implemented and analyzed the provided care considering the well-being and satisfaction of the woman, using music, based on the assumptions of Swanson, in particular, *knowing, being with, doing for, enabling and maintaining belief*. Therefore, the use of music was a method very well accepted by the parturients I've been with, that did recognize its benefits in terms of relaxation and tranquility, in concentration during labor, its positive effect in the labor room environment. I did not identify parturients with prolonged labor when using music in this period. Although it wasn't recognized its effect on pain relief, I found a largest number of eutocic labor, as well as a greater satisfaction of the parturients.

Therefore, the use of music during the second stage of labor is a non-invasive /pharmacological method, very easy to implement, focused in the woman/family, with very positive effects, that must be promoted by specialist nurses in maternal health and obstetrics.

Palavras-Chave: Music, Nursing Care, 2nd Stage of Labor, Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetrics

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	12
1.1. O Trabalho de Parto.....	12
1.2. A Música como Cuidado	13
1.3. A Música como Cuidado no 1º e 2º Estádio do TP	17
2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS.....	20
2.1. Resultados, Tarefas e Recursos	20
2.2. Metodologia para a <i>Scoping Review</i>	22
2.3. Considerações Éticas	24
3. RESULTADOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	25
3.1. Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pré-natal (Competência H2)	25
3.2. Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Trabalho de Parto (Competência H3);	29
3.3. Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pós-natal (Competência H4)	40
3.4. Cuidar a Mulher com a Utilização da Música no TP (Inserido na Competência H3).....	45
4. REFLEXÃO FINAL	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	69
Apêndice I - Estratégias de pesquisa nas bases de dados	
Apêndice II - Fluxogramas de seleção dos artigos	
Apêndice III - Artigos selecionados para a extração de dados	
Apêndice IV - Extração de dados do artigo “Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health”	

Apêndice V - Extração de dados do artigo “Effects of music therapy during pregnancy and labor”

Apêndice VI - Extração de dados do artigo “Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery”

Apêndice VII - Extração de dados do artigo “Effect of the music in labor and newborn”

Apêndice VIII - Extração de dados do artigo “Using music during childbirth”

Apêndice IX - Extração de dados do artigo “Efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante Abril-Junio 2015”

Apêndice X - Quadro com resultados esperados, tarefas definidas e atividades planeadas -

Apêndice XI - Cronograma

Apêndice XII - Instrumento de registo interação do Ensino Clínico II

Apêndice XIII - Instrumento de registo de interação do Ensino Clínico III

Apêndice XIV - Instrumento de registo de interação do Ensino Clínico IV

Apêndice XV - Instrumento de registo de interação do Estágio com Relatório

Apêndice XVI - Folha de validação de *playlist*

Apêndice XVII - Folheto: “Gostaria de ter um parto musical?”

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório desenvolveu-se no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, ministrado pela ESEL. Com este relatório pretende-se demonstrar o percurso formativo que permitiu desenvolver competências inerentes ao EEESMO e competências conducentes ao grau de mestre

É competência do EEESMO cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2010). Assim, o EEESMO deverá assumir um cuidado centrado na mulher, dando prioridade aos seus desejos e necessidades, atendendo à compreensão das suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica, incluindo os seus sentimentos e expectativas, enfatizando a importância da escolha informada (Barradas *et al*, 2015).

Reconhecendo que a música tem a capacidade de estimular os sentidos, despertar emoções e vivências, facilitando as respostas fisiológicas e mentais ao contexto, considera-se esta um meio de comunicação e de intervenção terapêutica por excelência (Oliveira, Oselame, Neves e Oliveira, 2014). Neste pressuposto, verifica-se que a música é já utilizada como medida não farmacológica de alívio da dor no 1º estágio do TP. Contudo, considerando-a uma medida terapêutica utilizada em diferentes contextos e com diferentes clientes na área da saúde, é expectável que os benefícios desta, para a mulher em TP, não fiquem pelo alívio da dor no 1º estágio do TP. Assim, considereei pertinente aprofundar o conhecimento sobre a utilização da música no 2º estágio do TP, quer como medida terapêutica de fácil implementação e utilização pelo EEESMO, quer como forma de manter a continuidade do cuidar e promover a satisfação pelos cuidados prestados.

Foi, então, elaborado um projeto para orientar o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados à mulher/família em saúde sexual e reprodutiva e, também, para o desenvolvimento de competências conducentes ao grau de mestre, utilizando a música como cuidado a ser implementado na prática de cuidados. Considerando as competências reconhecidas socialmente ao EEESMO e que são documentadas no Regulamento de Competências Específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010), bem como, em Diário da República (2011), foram estabelecidos como objetivos nesse projeto:

- Desenvolver competências comuns e específicas inerentes ao exercício de EEESMO, de acordo com o regulamento, com especial relevância para:
 - H2: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - H3: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP;
 - H4: Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Considerando a temática em estudo e articulando com as competências do EEESMO, delinee, ainda, como objetivos:

- Aprofundar conhecimentos e identificar os benefícios da utilização da música no 2º estágio do TP;
- Sensibilizar a mulher/família durante o processo de cuidar e os enfermeiros para a utilização da música no 2º estágio do TP;
- Planear uma prática baseada na evidência, promovendo a utilização da música na gravidez e TP;
- Implementar o uso da música no processo de cuidar, ao longo dos ensinamentos clínicos, durante todo o percurso formativo;
- Identificar o contributo da utilização da música no 2º estágio do TP.

Apesar de os objetivos supracitados enquadrarem o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica definido pela OE (2010), também a ICM (2013) define competências essenciais para a prática da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, que foram tidas em consideração. Neste documento é referido que os profissionais possuem conhecimentos e competências necessários na área da obstetrícia e neonatologia, essenciais aos cuidados adequados, que realizam educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível, que prestam cuidados pré-natais, durante o parto e no pós-parto, de elevada qualidade e, ainda, que otimizam a saúde da mulher e do RN (ICM, 2013).

Neste sentido, enquanto profissional especializado, o EEESMO deverá procurar a melhor evidência científica para sustentar a sua prática profissional, não

descurando os valores e princípios éticos inerentes à profissão, nomeadamente, o respeito à privacidade, à dignidade e autonomia da pessoa durante os processos de cuidar. Nesta sequência, verifica-se que o referencial teórico confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos nos processos de cuidar (Tomey e Alligood, 2004).

Assim, a prestação de cuidados foi norteadada pela Teoria de Enfermagem de Swanson, a qual promove a prestação de cuidados de enfermagem focada no bem-estar dos clientes, promovendo a sua dignidade, respeito e capacitação, sendo o cuidado fundamentado na manutenção da *crença*, apoiado por *conhecer* a realidade do outro, transmitindo-lhe *presença* emocional e física, promulgado por *fazer* pelo outro e *possibilitando* as escolhas pessoais. O referencial teórico afirma, assim, a sua relevância por permitir aumentar a competência de um enfermeiro, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional e, como tal, é mais provável um cuidar adequado e eficaz quando suportado pelo referencial teórico (Tomey e Alligood, 2004).

Neste sentido, foi elaborado um projeto com os pressupostos supracitados, que, posteriormente, foi implementado e culminou com a redação deste relatório, onde, para além desta introdução, consta um breve enquadramento conceptual da temática, é apresentado o plano de trabalho e descrita a metodologia, são apresentados os resultados obtidos da prática de cuidados e, por fim, é realizada uma reflexão sobre todo o percurso/aprendizagem.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Numa primeira abordagem ao tema, pesquisei na literatura cinzenta e em fontes nacionais e internacionais, de referência, a fim de identificar o estado da arte, preliminar, após o qual procedi à realização de uma Scoping Review, o que me permitiu adquirir conhecimentos científicos que fundamentassem os meus cuidados.

1.1. O Trabalho de Parto

Para Machado (2012, p.320), o TP é um “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”. O TP é, geralmente, dividido em quatro estádios, sendo o 1º considerado o estádio da dilatação, que se inicia com as contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo uterino. O 2º estádio é definido, genericamente, como o período expulsivo, sendo que começa com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto. O 3º estádio é designado como o estádio da dequitação, que decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e das membranas fetais. Para o 4º estádio é considerado as duas horas após a expulsão da placenta das membranas fetais (Bobak, Lowdermilk e Jensen, 1999).

Segundo Barradas *et al* (2015), o 2º estádio poderá, ainda, ser dividido em duas fases, a fase de descanso ou latente, em que a mulher parece ausente entre as contrações pois, embora as contrações sejam mais fortes e duradouras, são menos frequentes nesta fase, o que permite à mulher descansar entre as mesmas. Contudo, neste período a mulher tem frequentemente a sensação que o processo é moroso, sente-se desconfortável, deseja o alívio da dor e sente-se incapaz de continuar. Na segunda fase deste 2º estádio, a mulher fica mais concentrada nos seus esforços expulsivos, sentindo uma necessidade progressiva de realizar esforço expulsivo, tornando-se este mais ritmado e incontrolável. Assim, no 2º estádio do TP, a mulher experiencia um aumento significativo da amplitude e intensidade das contrações uterinas, aumentando, conseqüentemente, a necessidade de realizar esforços para a expulsão do feto (Bobak, *et al*, 1999).

Para a mulher, o TP é uma ocasião geradora de ansiedade mas, também, de excitação, que começa com a primeira contração uterina e só termina com o nascimento do RN (Bobak *et al*, 1999). Para Brandão (2009), a gravidez e o parto são das maiores experiências que uma mulher/família pode ter, e é da responsabilidade dos profissionais de saúde proporcionar à mulher/família, que esta seja agradável e tranquila para que vivenciem satisfatoriamente este momento único das suas vidas. No mesmo sentido, a APEO (2009, p.33), refere que

quando as mulheres se sentem stressadas pelo ambiente que as rodeia, o parto pode prolongar-se devido a uma redução da contractilidade uterina. Por isso, cuidar do ambiente em que se encontra a parturiente, assim como das suas necessidades individuais, pode contribuir para que o parto se desenvolva de um modo mais satisfatório para a mulher.

Nesta lógica, também Swanson refere que a enfermagem é cuidar para o bem-estar do outro, envolvendo conhecimentos empíricos da disciplina, conhecimentos éticos e legais, conhecimentos derivados das ciências humanas, das experiências da prática clínica, dos valores e expectativas pessoais e sociais no ambiente, considerando este como qualquer contexto que influencie ou seja influenciado pelo cliente. Assim, os clientes são influenciados pelo ambiente em que estão inseridos, sendo dinâmicos e auto-reflexivos, quando este é favorável (Wojnar, 2014).

1.2. A Música como Cuidado

A música pode ser considerada como um elemento que influencia positivamente o ambiente, sendo os seus benefícios terapêuticos amplamente reconhecidos, desde a antiguidade. Já Pitágoras e Descartes defendiam que a música curava a mente enquanto a medicina convencional curava o corpo, isto numa época em que o corpo e a mente eram entendidos como dois elementos dissociados. Platão contrariou este conceito biomédico de corpo e mente como elementos separados, porém, manteve a convicção do efeito terapêutico da música. Para este, o corpo e a alma eram entendidos como um só elemento, uma vez que, constituem o todo do ser humano, pelo que não poderiam ser tratados como elementos independentes. Assim, Platão introduziu o conceito de bem-estar como um todo, incentivando a utilização da música como forma de combater a ansiedade e proporcionar uma mente sã em corpo sã. Contudo, a utilização e reconhecimento

da música como elemento terapêutico foi perdendo força, chegando mesmo a desaparecer no tempo dos romanos, ressurgindo posteriormente, na época do renascimento. Nesta época, existe referência à música em diversos livros de medicina, como sendo um elemento de distração (Rodrigues, Silva, Bento, Lourenço e Charepe, 2004).

Presentemente, sabe-se que, desde a vida *in útero*, que o som faz parte do ser humano, pois a voz materna, o ritmo cardíaco e respiratório da mãe, bem como os sons provenientes do mundo exterior pautam o dia-a-dia do feto com o seu ritmo. Quando este ainda não foi exposto à luz, já o som do mundo exterior se impõe (Costa, 1995).

Segundo a literatura, a música influencia e exprime o estado emocional do ser humano, podendo ser, consoante a sonoridade e as características individuais, percebida como relaxante ou excitante, angustiante ou libertadora (Costa, 1995). Neste sentido, cada pessoa tem uma “identidade sonora que se desenvolve ao longo da vida pelo que é extremamente importante a individualização musical. Se tal não acontecer, a música deixa de ter efeitos benéficos e passa a ter resultados nefastos, como a ansiedade e o desespero” (Rodrigues *et al*, 2004, p.31).

Atualmente, a música é utilizada com base científica para adquirir mudanças físicas, emocionais e de conduta em diversas áreas da medicina, pois estimula os sentidos, desperta emoções e vivências, facilitando as respostas fisiológicas e mentais de adaptação. A música é, assim, utilizada em diferentes contextos e com diferentes clientes na área da saúde, com a capacidade de originar efeitos benéficos (Oliveira, Oselame, Neves e Oliveira, 2014). Segundo Bréscia (2009, p.3), a música “pode curar, elevar, acalmar, iluminar, nutrir e fortalecer”, embora não seja possível observar concretamente esta realidade, o que dificulta a validação dos benefícios da sua utilização. Porém, o ser humano tem a capacidade de avaliar subjetivamente os benefícios da utilização da música, nomeadamente, referindo sensações de bem-estar, relaxamento, indução do pensamento e reflexão, consolo, aumento da energia e impulsão para agir. Por outro lado, a necessidade de avaliar objetivamente os efeitos da música no corpo humano levou à realização de vários estudos, validando que esta age diretamente no corpo, influenciando a pressão sanguínea, os batimentos cardíacos, o padrão respiratório e a dilatação das pupilas (Bréscia, 2009).

Os efeitos fisiológicos da música no ser humano dependem da relação entre os diferentes elementos da música, designadamente, a melodia, o ritmo, o timbre, a harmonia, a altura e a intensidade (Carvalho, 2011). Segundo Carvalho (2011), a melodia relaciona-se mais com a afetividade, o ritmo com o relaxamento ou a energia, o timbre com as emoções, a harmonia transmite ansiedade ou tranquilidade e a altura relaciona-se com o ânimo, pois sons graves induzem tristeza, enquanto os sons agudos invocam alegria.

Para Sousa (2013, p.13), a música produz alterações cardiovasculares no ser humano, sendo que, “os crescendos induzem vasoconstrição cutânea progressiva, enquanto na fase de pausa ocorre vasodilatação”. Este autor refere que, a música estimulante aumenta a frequência cardíaca pelo seu ritmo complexo, rápido e volume alto, enquanto a música relaxante diminui a frequência cardíaca pelo seu volume suave e padrão rítmico reduzido e lento. Neste sentido, o ritmo musical influencia as emoções refletindo-se no sistema cardiovascular, tal como, refere Sousa (2013, p. 16), as

emoções induzidas pela música acompanham-se por alterações cardiovasculares mensuráveis: os andamentos mais rápidos associam-se a expressões de alegria, surpresa, raiva e causam aumento da tensão arterial, frequência cardíaca, e frequência respiratória; os andamentos lentos associam-se a expressões de calma, solenidade, tristeza, desgosto, tédio, induzem relaxamento, através das pausas ou dos atrasos no andamento musical, e causam diminuição da tensão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória.

Segundo o mesmo autor, existe uma relação intrínseca entre a perceção musical e o comportamento motor, sendo que o ritmo musical fomenta o movimento espontâneo, o que é visível pelo bater do pé ou estalar dos dedos ao som da música, constatando-se assim, a influência da música no córtex motor. Existe, ainda, relação entre a utilização da música e a libertação de dopamina, sendo que esta está associada às sensações de prazer, aumentando as emoções positivas, o estado de alerta e o funcionamento cognitivo global, diminuindo a depressão e contribuindo para a supressão da dor (Sousa, 2013).

Para Rodrigues *et al* (2004, p.8), a música, “enquanto meio, recurso, estratégia, instrumento pode ser utilizada como uma forma de cuidar, desde que ajustada à pessoa na sua singularidade, como ser holístico, tendo em conta as suas necessidades, a sua vontade, a sua cultura e o seu ambiente”. Segundo os mesmos autores, o enfermeiro deverá ter a sensibilidade para avaliar o meio, a pessoa e as

suas necessidades, de forma a utilizar a música enquanto elemento ambiental, que proporcionará bem-estar físico e psíquico e que contribuirá para que a prestação de cuidados seja percebida como mais agradável. Nesta lógica, o enfermeiro, atendendo à individualidade da pessoa, das suas necessidades e do ambiente, poderá fazer uso da música como forma de cuidado, potenciando a relação terapêutica e proporcionando bem-estar e satisfação, pois, um ambiente com atmosfera musical facilitará o equilíbrio entre o corpo, a alma e o espírito, reorganizando o ser humano, resultando num bem-estar completo (Rodrigues *et al*,2004).

Para Swanson, a pessoa é um ser único que envolve pensamentos, sentimentos, comportamentos, experiências de vida sendo influenciado pelo meio. A pessoa para viver com saúde e bem-estar terá que vivenciar a experiência subjetiva e significativa na sua totalidade, isto é, envolve um sentimento de integração em todas as dimensões da pessoa, incluindo a espiritualidade, os pensamentos, os sentimentos e a criatividade. (Wojnar, 2014). Assim, Swanson considera como meta da enfermagem a promoção do bem-estar, atendendo às necessidades dos indivíduos, promovendo simultaneamente a sua dignidade, respeito e capacitação através da informação. Esta teórica preconiza cinco pressupostos que deverão ser tidos em consideração nos processos de cuidar, tal como durante a utilização da música como cuidado de enfermagem, nomeadamente, *conhecer* o cliente, isto é, entender o evento/experiência que tem significado na vida do outro, evitando juízos de valores e suposições, focando-se no cuidado, avaliando cuidadosamente e envolvendo-se com o outro, *estar com*, que significa estar emocionalmente presente com o outro, inclui estar lá presencialmente, transmitindo disponibilidade e partilhando sentimentos, não sobrecarregando o outro, *fazer por*, isto é, fazer pelo outro o que ele faria por si mesmo se fosse possível, inclui antecipar as necessidades, realizando com competência e protegendo a dignidade do outro, *possibilitar*, ou seja, facilitar a passagem do outro na sua transição, que envolve informar, explicar, apoiar permitindo validar sentimentos, criando alternativas, pensar sobre e dar *feedback* e, *manter a crença*, que significa sustentar a fé na capacidade do outro de obter resultados para o bem-estar e inclui acreditar no outro, mantendo uma atitude de esperança, oferecendo otimismo realista, ajudando a encontrar significado no que está a viver (Parker, 2001).

Neste sentido, para utilizar a música como cuidado *dever-se-á conhecer a cliente/família*, as suas experiências e gostos musicais, sendo necessário, ainda, *estar com a cliente/família durante o processo*, de forma a identificar os efeitos da música durante a prestação de cuidados e, caso não se verifiquem benefícios, *possibilitar a alteração do estilo musical, fazendo pela cliente/família a escolha adequada da música*, sempre que tal não seja possível pela própria, apoiando-a neste processo, *mantendo o otimismo e a crença nas suas capacidades e nos efeitos benéficos da utilização da música durante os cuidados*, para a cliente/família.

1.3. A Música como Cuidado no 1º e 2º Estádio do TP

Segundo Aveiro e Velosa (s.d.), a utilização da música no TP é um meio eficaz de focalização e distração que não reduz a experiência subjetiva, sendo um estímulo agradável que contribui para o relaxamento e permite utilizar a imaginação guiada. Pereira (2015) equaciona um ritmo e melodia com 60 a 80 batimentos por minuto, como adequados ao TP, uma vez que pode servir de compasso respiratório, durante o TP.

Assim, são vários os autores que reportam benefícios na utilização da música durante o TP, referindo não só efeitos benéficos imediatos, mas também efeitos tardios, nomeadamente, para o período pós-parto, bem como, para o RN. Como efeito imediato da utilização da música durante o TP, Campos (2015) identifica benefícios no alívio da dor durante as contrações e a redução da tensão muscular neste período. Segundo este autor, a música reduz a ansiedade materna com o momento do nascimento, transmitindo à parturiente segurança, tranquilidade, relaxamento e calma, permitindo à mesma contribuir e controlar o seu próprio processo de parto, concedendo-lhe a possibilidade de ter um papel ativo neste período.

Para Gentz (2001), a música poderá trazer diversos benefícios para o TP. No 1º estágio do TP, esta promove o relaxamento da parturiente, quando utilizada música lenta/calma, enquanto que no 2º estágio, a música poderá ser utilizada para induzir e estimular o movimento, o que poderá ser benéfico, pois a parturiente terá um papel mais ativo neste estágio. Porém, este autor refere que as características da música para o 2º estágio do TP deverão ser diferentes do 1º estágio, devendo esta

ser constante e ritmada no 2º estágio, visando a promoção do movimento. Para além disto, a música proporciona, ainda, autocontrolo, relaxamento, foco e melhora o ambiente da sala de partos (Gentz, 2001)

Segundo Browning (2000), a utilização da música durante o TP contribui para a satisfação da mulher com o parto, pois possibilita-lhe vivenciar este momento de forma mais tranquila, devolvendo-lhe o controlo de si mesma e do seu parto. No entanto, reconhece, também que, para ser eficaz, a música terá que ser do agrado da parturiente e, preferencialmente, deverá ser feita uma sensibilização para a mesma durante a gravidez, de forma a familiarizar-se com a melodia. A música deverá ter diferentes ritmos, sonoridades, intensidade e frequência por forma a adequar-se à evolução do TP e deverá ser sempre controlada pela mulher, isto é, deverá estar de acordo com o desejo da mulher relativamente ao volume, ao ritmo e à própria sonoridade musical. Para Browning (2000), existe algum desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os benefícios da utilização da música no TP, sendo esta uma medida de fácil implementação, um método não invasivo, sem recurso a fármacos e sem efeitos nocivos, que proporciona à parturiente bem-estar e satisfação no parto.

Também Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira (2010) corroboram os autores anteriormente referidos, relatando o efeito benéfico da utilização da música na satisfação e na tranquilidade proporcionadas à mulher durante o TP. Estes autores afirmam, ainda, que a utilização da música durante o TP contribui para uma evolução mais natural deste. Já Manrique (2015) demonstra que a utilização da música durante o TP diminui a duração da fase ativa do 1º estágio do TP, bem como, do período expulsivo. Segundo este último autor, a utilização da música durante o TP, também diminui a dor e a ansiedade da parturiente e influencia os parâmetros vitais desta.

Para Simavli, Kayguruz, Gumus, Usluogullari, Yildirim e Kalafi (2014), a utilização da música durante o TP tem efeitos benéficos no pós-parto. Assim, no estudo desenvolvido por estes verifica-se que a música tem a capacidade de aumentar a satisfação da mulher com o seu parto. Verifica-se, ainda, que a utilização da música durante todo o TP está associada a uma menor taxa de depressão materna no período pós-parto, bem como, a redução da intensidade da

dor e ansiedade materna sentida no referido período, influenciando a saúde da puérpera, bem como a sua relação com o RN.

É ainda partilhado por Tabarro *et al* (2010) e Campos (2015) os efeitos benéficos para o RN, cujas mães utilizaram a música durante o TP, reconhecendo que diminui o choro dos mesmos e que estes acalmam quando escutam as músicas, a que foram expostos durante o nascimento.

Nesta sequência, para que utilização da música tenha os efeitos supracitados, durante o TP, é necessário ter em consideração os processos de cuidar, uma vez que esta deverá refletir a individualidade da cliente, bem como, promover o seu bem-estar. Como tal, é fundamental *conhecer* a cliente, a sua relação e experiência com a música tal como os seus gostos musicais, de forma a adequar o estilo musical à própria e ao estágio do TP. No entanto, para que a sua utilização seja eficaz durante o TP, é necessário *estar com* a cliente, acompanhando-a durante o TP, avaliando as suas emoções e reações à música, compreendendo as suas necessidades, *fazendo por* ela sempre que à própria não seja possível, ou seja, alterando a música quando esta não tem efeitos benéficos ou disponibilizando uma *playlist* adequada, *possibilitando-lhe* alternativas musicais e informando sobre os efeitos dos diferentes estilos musicais, *mantendo a crença* nos benefícios da utilização da música e na capacidade da cliente em gerir o seu TP.

2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Dado que a implementação do projeto poderia realizar-se nos diferentes contextos de prática clínica (ECII - internamento de puerpério, ECIII - cuidados de saúde primários, ECIV - internamento de grávidas de risco e ER - bloco de partos), delineei o plano de trabalho seguidamente apresentado.

2.1. Resultados, Tarefas e Recursos

Tendo em consideração os resultados esperados, foram definidas tarefas para alcançar os mesmos. A planificação das atividades facilitou a sua concretização e avaliação, confirmando a consecução ou não da tarefa e, conseqüentemente, a obtenção ou não do resultado esperado.

Assim, como resultados esperados pretendeu-se:

- Adquirir um corpo de conhecimentos para a prestação de cuidados;
- Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica;
- Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO;
- Contribuir para a experiência positiva do parto através do processo de cuidar.

As tarefas definidas para alcançar os resultados esperados, foram:

- Aprofundar conhecimento sobre os cuidados à mulher em saúde sexual e reprodutiva;
- Aprofundar conhecimento sobre os benefícios do uso da música TP com ênfase no 2º estágio do TP;
- Promover a satisfação da mulher relativamente à experiência do parto;
- Prestar cuidados e refletir sobre a prestação de cuidados à mulher em saúde sexual e reprodutiva;
- Implementar os processos de cuidar enunciados por Swanson (*conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença*) de acordo com as expectativas de cada cliente/família e da sua tomada de decisão, potenciando uma transição positiva e acreditando no seu potencial individual.

A correspondência entre os resultados esperados e as tarefas definidas, bem como, a descrição das atividades planeadas encontram-se expostas em apêndice

(apêndice X). Foi também elaborado um cronograma tendo em consideração as tarefas definidas e os diferentes contextos de EC. (apêndice XI).

Como recurso para a aquisição de conhecimentos/desenvolvimento de competências, para além da bases de dados e bibliografia consultada e dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, foram, ainda, contactados peritos na área, mobilizadas diretrizes da professora orientadora e utilizados conhecimentos partilhados pelos profissionais, presentes nos locais de EC.

Para a implementação da utilização da música no 2º estágio do TP foram necessários recursos que possibilitaram a sua aplicação com qualidade. Assim, para além do material físico utilizado, nomeadamente, aparelho áudio, colunas e *playlist*, foram também utilizados durante os EC, instrumentos de registo de interação (apêndice XII, XIII, XIV e XV). Estes instrumentos de registo foram elaborados especificamente para este projeto, de forma a possibilitar uma reflexão *a posteriori* e a elaborar fidedignamente o presente relatório.

Para contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem foi dada especial atenção à vivência da mulher durante o TP, através dos processos de cuidar orientado pela teoria de Swanson, adequando-os a cada mulher/família, à sua situação/contexto de acordo com as suas expectativas, desejos e necessidades.

Para a utilização da música no 2º estágio do TP foi contactada uma perita na área (musicoterapeuta, psicóloga doutorada e investigadora na utilização da música nos cuidados de saúde) para orientação na construção de uma *playlist* adequada ao TP, a qual foi validada através de instrumento elaborado para este efeito (apêndice XVI) e utilizada, posteriormente, no ER.

Foi necessário, também, motivar e envolver os enfermeiros do serviço onde decorreu o ER, os enfermeiros das consultas externas de obstetrícia desse hospital, bem como, os enfermeiros responsáveis pelo CPP da área de influência do hospital, para serem elementos dinamizadores deste projeto junto das grávidas/famílias.

Foi, ainda, elaborado um folheto intitulado “Gostaria de ter um parto musical?”, com o objetivo de sensibilizar as grávidas/famílias que frequentaram os CPP na área de influência do hospital, bem como, as que frequentaram as consultas externas do hospital durante o período de ER, sobre os benefícios da utilização da música no TP, as características das músicas mais adequadas dando algumas sugestões, tal como sugerido pela perita na área (apêndice XVII).

2.2. Metodologia para a *Scoping Review*

Este projeto foi iniciado em Abril de 2016 com a pesquisa bibliográfica sobre a temática e a elaboração de uma *Scoping Review* sobre o tema. Neste sentido, para adquirir um corpo de conhecimentos para a prestação de cuidados e após uma pesquisa bibliográfica preliminar em livros e revistas, foi elaborada uma questão de pesquisa para a realização da *Scoping Review*, considerando o formado população, conceito e contexto (PCC) segundo as orientações do JBI (2015), sendo esta *Quais os benefícios da utilização da música no 2º estágio do trabalho de parto?*. Assim, defini como população as parturientes no 2º estágio do TP, como conceito os benefícios da utilização da música e como contexto a sala de partos. A questão colocada teve como objetivo principal identificar os benefícios da utilização da música no 2º estágio do TP. Acrescido a este, pretendi, ainda, mapear a evidência sobre a utilização da música enquanto cuidado, no 2º estágio do TP, aprofundar e desenvolver competências na utilização da música enquanto cuidado durante o TP e reconhecer as músicas/ritmos adequados aos diferentes estágios do TP.

Para esta *Scoping Review* foram incluídos todos os artigos cuja população incluía parturientes no 2º estágio do TP, cujo conceito em análise incidia sobre os benefícios da utilização da música no 2º estágio do TP e em que o contexto correspondia ao ambiente em salas de parto. Os artigos teriam, ainda, que estar publicados em português, inglês ou espanhol, não se estabelecendo limite temporal para os mesmos, dado pretender-se conhecer toda a evidência disponível sobre a questão. Foram incluídos artigos de estudos de abordagem qualitativa, quantitativa, revisões sistemáticas da literatura e artigos de opinião, dado tratar-se de uma *Scoping Review*, (JBI, 2015). Foram excluídos os estudos/artigos que não especificavam a utilização da música durante o 2º estágio do TP, os estudos/artigos em que a população foi sujeita a cesariana ou que se debruçassem sobre situações patológicas, os estudos/artigos publicados noutras línguas, sem tradução possível, e os artigos repetidos nas diferentes fontes de pesquisa, constituindo-se assim os critérios de inclusão e exclusão.

Foi seguido o protocolo do JBI (2015), realizando uma pesquisa inicial em duas bases de dados (Cinahl e Medline), para identificar as palavras-chave e termos adequados à pesquisa da temática. Posteriormente, utilizando as bases de dados

Cinahl, Medline e Academic Search Complete, através da plataforma Ebsco Host, efetuei a pesquisa utilizando os termos indexados “*music*”, “*music therapy*”, “*labor stage, second*”, “*delivery, obstetric*”, “*childbirth*” “*natural childbirth*”, “*parturition*” e “*labor, obstetric*” e, ainda, os operadores booleanos “*or*” e “*and*” (apêndice I).

Considerando os critérios de inclusão/exclusão acima referidos, foi realizada a seleção dos artigos provenientes das bases de dados. Após a pesquisa nas três bases de dados supracitadas, obtiveram-se 46 artigos, dos quais 5 artigos eram repetidos pelo que foram excluídos, foram eliminados 19 artigos pelo título e leitura do *abstract* dado não irem ao encontro da temática abordada e, após a leitura do texto integral, foram eliminados mais 17 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão, obtendo-se no total 5 artigos provenientes das bases de dados selecionadas. Foi, ainda, encontrado na literatura cinzenta 1 artigo que cumpria os critérios de inclusão e, dada a sua relevância para a temática, foi também analisado e incluído os seus resultados. Os fluxogramas de seleção dos artigos podem ser consultados em apêndice (apêndice II). É de referir que foi realizada uma primeira pesquisa nas bases de dados em Maio de 2016 aquando da realização do projeto e, posteriormente, foi realizada nova pesquisa nas bases de dados em Março de 2017 aquando da implementação do projeto, obtendo-se os mesmos resultados.

Para realizar a extração dos dados, foram utilizados os instrumentos de extração de dados do JBI ou adaptações destes instrumentos, nomeadamente, *JBI data extraction form for experimental/observational Studies*, *JBI data extraction form for evidence qualitative* e *JBI data extraction for narrative, expert opinion and text*, que foram aplicados consoante o tipo de artigos identificados. Todos os artigos incluídos (apêndice III) contribuíram para dar resposta à questão de partida e, conseqüentemente, adquirir um corpo de conhecimento para a prestação de cuidados que incluísse a música como forma de cuidado no TP, em particular, no 2º estágio do TP, como se verifica nas tabelas de extração de dados, apresentadas em apêndice (apêndice IV, V, VI, VII, VIII e IX). Os resultados da *Scoping Review* integram, a par de conhecimentos originários de outras fontes, o enquadramento conceptual deste relatório como forma de facilitar a organização/sequência do pensamento e foram mobilizados, na construção dos instrumentos de registo de interação e, posteriormente, nos resultados das atividades desenvolvidas, fundamentando-as.

2.3. Considerações Éticas

A OE (2015, p.30) preconiza como dever dos enfermeiros “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. Tendo presente este conceito pretendi, com a implementação do projeto, mobilizar os conhecimentos provenientes da evidência científica e implementá-los na minha prática de cuidados, perspetivando contribuir para a satisfação da parturiente e para a qualidade dos cuidados com enfoque na pessoa.

Assim, durante a prestação de cuidados, tive sempre em consideração os princípios éticos inerentes à profissão, nomeadamente, o direito à informação sobre os cuidados, bem como, sobre este projeto para que a cliente/família pudesse tomar a sua livre decisão de forma esclarecida (OE, 2015). Ao informar e respeitar as decisões da cliente/família, promovi a sua autonomia, pois, como defende Bolander (1998), a autonomia da cliente está relacionada com o respeito pelas suas decisões, o que só poderá acontecer quando são portadoras de toda a informação. Outros princípios relacionados com a autonomia da cliente são os princípios da privacidade e da confidencialidade, que assegurei durante a prestação de cuidados (evitando expor a cliente física e ou moralmente), bem como, na implementação do projeto e redação do relatório (mantendo o anonimato/sigilo) (OE, 2015).

Ao cuidar a cliente/família assegurei, ainda, os princípios da beneficência, pois tentei sempre certificar-me de que os cuidados prestados iriam ajudar a parturiente/família nesta transição (por exemplo, evitei realizar toques vaginais desnecessários) e sempre que suspeitei que os cuidados poderiam ser prejudiciais não os realizei e/ou solicitei ajuda (por exemplo, na realização da episiorrafia de uma laceração extensa no início do ER) (OE, 2015).

Independentemente das decisões da cliente/família relativamente aos cuidados prestados e à utilização da música durante o TP, o princípio da justiça esteve sempre presente na minha prestação de cuidados, dado que todas as clientes foram assistidas com equidade, tal como preconizado pela OE (2015).

3. RESULTADOS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo são descritas as atividades desenvolvidas, realizando uma reflexão sobre as mesmas à luz da evidência científica, revelando a aquisição de competências, através da avaliação dos resultados obtidos, decorrentes dos processos de cuidar implementados.

O ER decorreu no serviço de bloco de partos de um hospital da área da grande Lisboa entre 20 de Fevereiro de 2017 e 9 de Julho de 2017. Este serviço assegura a prestação de cuidados de saúde à mulher na área da ginecologia e obstetrícia, promovendo a sua saúde com segurança e conforto, atuando com elevada competência. Este bloco de partos engloba o SUOG, constituído por uma sala de enfermagem, dois gabinetes médicos e uma zona para realização de CTG. Complementar a este espaço, encontra-se a sala de partos com sete quartos com wc individual, que dispõem de todo o equipamento necessário à prestação de cuidados à mulher/família, duas salas de bloco operatório, um recobro com capacidade para três puérperas e, ainda, as zonas de apoio necessárias.

Atendendo à especificidade desta unidade hospitalar e particularmente à afluência e dinâmica deste serviço, este tornou-se assim um local de referência para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, bem como, para a implementação do projeto delineado, desenvolvendo competências inerentes ao grau de mestre.

3.1. Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pré-natal (Competência H2)

Segundo Barradas *et al* (2015), a gravidez representa um período de grandes mudanças físicas e emocionais para a mulher e, embora seja um processo natural, é vivenciado de forma distinta por cada mulher/família. A assistência pelo EEESMO é, assim essencial, devendo este desenvolver competências que lhe permita prevenir e identificar situações de alterações à saúde, providenciando cuidados e/ou encaminhamento adequados, integrando a equipa multidisciplinar para a promoção da saúde da mulher, o que se refletirá durante a gravidez, parto, pós-parto, na saúde do RN e, conseqüentemente, na qualidade de vida de toda a família.

Neste sentido, o desenvolvimento desta competência iniciou-se com a aquisição de conhecimentos durante o período de aulas, nomeadamente sobre o desenvolvimento da gravidez, evolução fetal, alterações fisiológicas e patológicas da gravidez e impacto na família. Estes conhecimentos revelaram-se cruciais para fundamentar a minha prática, pois o enfermeiro especialista necessita ter um conhecimento profundo na sua área de atuação que suporte o seu julgamento clínico e a sua tomada de decisão (OE, 2010), particularmente em situações novas e de complexidade crescente, inerentes ao grau de mestre (JQI, 2004).

O desenvolvimento prático desta competência iniciou-se com o EC III, onde tive a oportunidade de realizar 85 consultas de enfermagem de VGBR, prosseguindo no EC IV, com a prestação de cuidados a 86 grávidas com patologia associada ou concomitante à gravidez, internadas no serviço de medicina materno-fetal. Durante o ER, esta competência foi desenvolvida principalmente no SUOG, pois frequentemente a mulher grávida tem necessidade de recorrer ao serviço de urgência, sendo que o EEESMO tem aqui uma oportunidade de promover a saúde da mulher e identificar complicações, prestando cuidados adequados à sua situação clínica.

Relativamente às situações vividas no SUOG, é necessário ao EEESMO ser detentor de sólidos conhecimentos para planear cuidados adequados. Nesta lógica, os cuidados a prestar à grávida em contexto de SUOG não se diferenciam de outros contextos, pois os pressupostos que suportam os cuidados de enfermagem são transversais aos demais. Assim, tendo sempre presente o modelo teórico que suportou os meus cuidados, iniciei sempre o primeiro contacto apresentando-me, após o qual procurava *conhecer* a cliente, nomeadamente, a sua história ginecológica, história obstétrica, história da gravidez atual, idade gestacional e queixas que a levaram a recorrer ao hospital (início, evolução, medidas implementadas), relacionando possíveis etiologias (por exemplo início TP), *estando com* a cliente, ouvindo as suas dúvidas, incertezas e queixas, mostrando disponibilidade, *fazendo por* ela, sempre que não lhe fosse possível, nomeadamente, na avaliação do bem-estar fetal e/ou presença de contratilidade (fator frequente de ansiedade materna), através da monitorização e interpretação de CTG, auscultação de BCF e/ou tocograma, realizando inicialmente as manobras de Leopold para identificar a estática fetal. As manobras de Leopold são relevantes

dado permitirem obter “informações sobre o número de fetos, a identificação da apresentação, a posição e atitude fetal, o grau de descida na pelve e a localização do ponto de intensidade máxima da frequência cardíaca fetal em relação ao abdómen da mulher” (Bobak *et al*, 1999, p.284), sendo uma manobra útil previamente à avaliação do bem-estar fetal através CTG e/ou auscultação de BCF. A importância da avaliação da frequência cardíaca fetal estabelece-se por esta ser preditiva de bem-estar fetal, dando indicação indireta de “respostas cardíacas e medulares às mudanças de volume sanguíneo, hipoxémia e acidémia do feto” (Córdoba, Oliveira, Braga, França e Sá, 2011, p.556).

Ainda, relativamente a *fazer pela* cliente, procedia à avaliação de parâmetros vitais, colheitas de sangue para análises no sentido de detetar alterações e administrava terapêutica prescrita. Quer nas grávidas que regressaram ao domicílio, quer nas internadas, realizei educação para a saúde adequada à sua situação clínica. Nas grávidas que regressaram ao domicílio a informação incluía, também, os sinais de alerta para recorrer ao hospital, sinais de verdadeiro e falso TP (quando se justificava), o que fazer para identificar, medidas de alívio de desconfortos na gravidez e prevenção de infeções. Nas grávidas que necessitaram de internamento realizei educação para a saúde sobre procedimentos no internamento, regime terapêutico, estratégias para diminuir a ansiedade/dor, entre outros, *possibilitando* à grávida potenciar a sua saúde e do feto/RN, através da informação e conhecimentos adequados, *mantendo* sempre o otimismo e a *crença* de que esta é capaz de ultrapassar a sua transição de doença da melhor forma, o qual foi transmitido através de palavras de apoio e incentivo (comunicação), criando uma relação empática/terapêutica com as clientes. Segundo a ICM (2013), o EEESMO tem um papel determinante na educação e aconselhamento da mulher, família e comunidade, pelo que a comunicação que estabelece com estes é determinante. Assim, a comunicação assume um papel relevante na prestação de cuidados de qualidade e de educação para a saúde eficaz, porque permite estabelecer uma relação terapêutica com a cliente/família, permite reduzir o nível de ansiedade da cliente/família, aumentar a sua confiança, fomentar a adesão e o sucesso ao regime terapêutico e diminuir os gastos em saúde (Silva, 2013).

Também a colaboração com a equipa multidisciplinar é preponderante para a continuidade do cuidados e sua qualidade, pelo que, cooperei na realização de

colheita de produtos biológicos para análises, na administração de terapêutica, indo ao encontro do defendido pelo ICM (2013, p.4), que refere que o EEESMO “trabalha em cooperação (trabalho de equipa) com outros trabalhadores de saúde para melhorar a prestação de serviços às mulheres e às suas famílias”.

Todavia ,o EEESMO também presta cuidados no período pré-natal na sala de partos, nomeadamente, a grávidas com patologia da gravidez e/ou concomitante que necessitam de uma vigilância mais estreita, bem como, em situações de aborto/perda fetal. Relativamente a esta última não foi possível prestar cuidados a mulheres nesta situação durante o ER. Contudo, no decorrer das aulas, foi possível adquirir conhecimentos que suportem os meus cuidados a estas clientes.

Relativamente à grávida com patologia, durante este EC prestei cuidados a uma cliente grávida de 33 semanas e 3 dias com pré-eclampsia. Esta é uma situação caracterizada por um aumento da tensão arterial, associada a proteinúria, tendo a sua origem numa alteração das arteríolas espiraladas que levam a uma deficiente perfusão da unidade placentária, manifestando-se quer no desenvolvimento fetal (associada a uma restrição de crescimento intrauterino), quer em alterações multiorgânicas maternas (Monteiro e Leite, 2016). Neste sentido, enquanto EEESMO é necessário ter os conhecimentos específicos que suportem os cuidados a estas clientes para a tomada de decisão e juízo clínico adequados.

Assim, na prestação de cuidados a esta cliente, para além de *conhecer* a sua história ginecológica, obstétrica e da gravidez atual é necessário, ainda, identificar a evolução dos parâmetros vitais no decorrer da gravidez. Ao *fazer pela* cliente, para além da avaliação materno-fetal realizada, da avaliação constante dos parâmetros vitais, da administração de terapêutica, da promoção de um ambiente calmo com poucos estímulos (diminuição da luz e do ruído) e de antecipar necessidades e cuidados, é necessário *estar com* ela para identificar sintomatologia sugestiva de agravamento do quadro clínico, particularmente, cefaleias, epigastralgias, alterações visuais, proteinúria, diminuição do débito urinário e/ou aumento dos edemas, tal como mencionado por Monteiro e Leite (2016), adequando os cuidados. A presença do EEESMO é também relevante para diminuir a ansiedade materna através do apoio constante e disponibilidade, promovendo o seu bem-estar. Ainda, como forma de diminuir a ansiedade materna, é importante informar a grávida sobre a sua situação, evolução, procedimentos, recursos disponíveis, *possibilitando-lhe* contribuir

para a otimização da sua saúde e do RN, bem como, mantendo o otimismo durante a prestação de cuidados, *mantendo a crença* de que esta é capaz de ultrapassar esta situação da melhor forma, sendo a comunicação uma ferramenta essencial do EEESMO, para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

Todas as situações/atividades desenvolvidas contribuíram para consolidar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o período pré-natal, potenciando a sua saúde (OE, 2010). No decorrer deste ER denotei que os conhecimentos em sala de aula aliados à prática clínica contribuíram para aumentar gradualmente a minha segurança na abordagem às grávidas/famílias e, conseqüentemente, a minha autonomia, permitindo-me, deste modo atingir este objetivo a que me propus.

3.2. Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Trabalho de Parto (Competência H3);

Segundo Silva (2012, p.163), a assistência

da mulher e do casal durante o trabalho de parto é uma das atividades mais importantes do EEESMO. A singularidade de que se reveste este momento na vida da mulher, do casal e da família na qual se inserem, faz com que todas as ações e comportamentos que possam adotar e desenvolver sejam fulcrais para a forma como vão perceber e recordar esta fase das suas vidas.

Assim, o desenvolvimento desta competência iniciou-se, tal como, a anterior com a aquisição de conhecimentos durante a frequência das aulas, bem como, através de pesquisas bibliográficas efetuadas durante todo o período letivo.

Relativamente ao desenvolvimento prático desta competência, esta divergiu das demais, pois a sua componente prática apenas foi desenvolvida neste ER, o que contribuiu para desenvolver competências inerentes ao grau de mestre, por integrar conhecimentos em situações complexas, em novos ambientes, refletindo sobre os princípios éticos da sua aplicação (JQI, 2004). Todos os conhecimentos adquiridos e aprofundados, bem como, todas as competências desenvolvidas até ao início deste ER e experiências vividas revelaram-se fulcrais para a prestação de cuidados adequados à parturiente.

Na prestação de cuidados à parturiente, para além de me apresentar sempre no primeiro contacto, tomei como foco dos meus cuidados o bem-estar e satisfação

das parturientes durante o TP, regendo a minha prestação de cuidados pelos pressupostos de Swanson. Nesta sequência, o *conhecer* a parturiente está implicitamente conectado com as suas expectativas para este momento. Assim, para além dos dados objetivos que, evidentemente, são necessários conhecer para uma adequada prestação dos cuidados, no qual se incluem, a idade gestacional, a história ginecológica e obstétrica, a história da gravidez atual, os parâmetros analíticos recentes, os parâmetros vitais, o bem-estar materno-fetal, o estágio e a fase do TP em que se encontra, as experiências de partos anteriores, é, também, necessário conhecer o plano de parto da parturiente. Embora nem todas as parturientes tenham o seu plano de parto escrito, intimamente têm uma expectativa e desejo para o seu parto, do qual deverão ser encorajadas a falar, pois só assim, poderemos proporcionar cuidados que vão ao encontro das suas expectativas e satisfação. Nas parturientes que traziam plano de parto escrito, analisei com as próprias cada ponto do seu plano, como forma de compreender as suas expectativas/desejos, bem como, esclarecer dúvidas e diminuir a sua ansiedade, recordando que, segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica, o EEESMO deve atuar “de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (OE, 2010, p.5).

Nas parturientes que não elaboraram previamente um plano de parto escrito, incentivei-as a exprimir verbalmente os seus desejos para este parto, criando um compromisso para corresponder às suas expectativas. O plano de parto, seja escrito ou verbal, é uma ferramenta importante para o EEESMO, pois permite uma prestação de cuidados individualizada que satisfaça a mulher/família (Barradas *et al*, 2015). Todavia, para que as parturientes exprimam os seus desejos/expectativas, constatei que é necessário *estar com* elas, mostrando disponibilidade emocional, criando uma relação de confiança/empatia em que a mulher sinta que o seu bem-estar e satisfação são o foco principal dos cuidados. Ao *estar com* a parturiente neste período, o EEESMO identifica e antecipa necessidades, *possibilitando* assim alternativas à parturiente através da transmissão de conhecimentos que detém, ou seja, pode propor alternativas para manter o seu bem-estar e satisfação, como por exemplo propor medidas de alívio da dor farmacológicas ou não. Assim, estabelecida uma relação terapêutica de confiança, abordei a parturiente/família

sobre os seus desejos, sobre o contributo do convivente significativo, métodos de alívio da dor, posições durante o TP, clampagem e secção do cordão umbilical, contacto pele a pele, aleitamento materno, valorizando-a e envolvendo-a na tomada de decisão, tal como defendido por Barradas *et al* (2015) e atendendo ao preconizado por Swanson que considera os cuidados de enfermagem como um cuidado informado (Wojnar, 2014).

Neste sentido, relativamente ao convivente significativo, discutimos o que a parturiente esperava deste e o que este esperava deste momento, como se sentia e o seu envolvimento no parto, como poderia ser facilitador de todo o processo, enquanto elemento essencial neste período, atendendo às suas individualidades. Segundo Pousa (2012), a presença de um convivente significativo durante o TP tem benefícios, pois diminui a ansiedade da parturiente contribuindo para uma evolução do TP mais favorável.

No que concerne ao alívio da dor/medidas de conforto, *possibilitei* às parturientes a utilização do duche, a deambulação, a utilização da bola de pilates, as massagens, envolvendo o convivente significativo nestas, instruindo-o, sempre de acordo com o desejo da parturiente/convivente significativo e prestando um apoio contínuo. Proporcionei ainda, a par com a utilização da música, um ambiente calmo e tranquilo através da diminuição da luminosidade, de acordo com a vontade da parturiente. A MCEESMO da OE no seu projeto sobre maternidade com qualidade defende que estas medidas permitem diminuir a duração do TP, aumentar a probabilidade de um parto eutócico, diminuir a necessidade de uso de analgesia epidural e, ainda, aumentar a satisfação da parturiente com a experiência do parto (Santos, Varela e Varela, 2013). Quanto às medidas farmacológicas, informei as parturientes sobre as medidas disponíveis (analgesia endovenosa e/ou epidural) e os procedimentos inerentes a estas, *possibilitando* uma escolha informada, *estando presente* sempre na realização dos procedimentos, incentivando e dando apoio à parturiente durante os mesmos, colaborando com a equipa multidisciplinar. Durante os cuidados que prestei tive sempre presente o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica, sabendo que o EEESMO tem o dever de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e convivente significativo (OE, 2010).

Relativamente a *fazer pela* cliente durante este período, fui sempre avaliando e promovendo o bem-estar materno-fetal, através da vigilância do estado geral e sinais vitais da parturiente, incentivando a hidratação oral e a eliminação vesical, observando o comportamento materno e realizando o CTG contínuo e/ou intermitente, conforme as particularidades de cada situação, como defende Barradas *et al* (2015), e, ainda, intervindo de forma adequada sempre que detetada alguma alteração do bem-estar materno-fetal, articulando com a equipa multidisciplinar, sempre que a situação ultrapassava o limite das minhas competências.

Para a realização de CTG é necessário o EEESMO ter conhecimentos e experiência clínica, pois este permite avaliar a frequência cardíaca fetal e a atividade uterina, traduzindo através da sua interpretação a situação do feto (MCEESMO, 2012). Assim, a correta colocação dos transdutores é determinante para interpretação fidedigna do registo, tendo aprofundado durante o ER conhecimentos e prática quer na sua colocação, quer na interpretação destes, relacionando a frequência cardíaca fetal com a contratilidade uterina, a idade gestacional, a fase do TP e situação materna. Deste modo, quando detetada uma desaceleração procedia à sua avaliação, nomeadamente, identificando se era precoce, tardia ou variável e a sua duração, bem como, a contratilidade uterina presente, adequando os cuidados, nomeadamente, a alteração de decúbito da parturiente, a suspensão de terapêutica ocitócica, a administração de fluidoterapia endovenosa e a administração de oxigenoterapia, de forma a aumentar o nível de oxigenação útero-placentar, como refere Graça (2012).

Ainda, relativamente ao pressuposto *fazer pela* cliente, procedia à avaliação da evolução do TP, quer através da avaliação do registo de CTG, quer através do toque vaginal, sempre que este se justificasse. Segundo a OMS citada em APEO (2009, p.46) “o número de toques vaginais deve-se limitar ao estritamente necessário”, pois está associada a um aumento da ansiedade materna, bem como, compreende sempre algum risco de infeção. Contudo, este permite avaliar a posição, consistência, apagamento e dilatação do colo uterino, os diâmetros da bacia materna e a integridade da bolsa amniótica e/ou as características do líquido amniótico na presença de rotura e, ainda permite identificar a descida da apresentação e a variedade fetal, pelo que é um método adequado para avaliação da evolução do TP (Bobak *et al*, 1999). Assim, na prestação de cuidados à

parturiente efetuei o toque vaginal somente quando a parturiente referia aumento das queixas algicas, sensação de pressão pélvica, necessidade de efetuar esforços expulsivos, suspeita de rotura espontânea da bolsa amniótica e/ou alterações no padrão do CTG (Bobak *et al*, 1999). Todavia, em todas as avaliações efetuadas, foi pedido o consentimento da parturiente, fundamentada a sua necessidade e explicado o procedimento, respeitando a dignidade e privacidade da parturiente (OE, 2015).

Relativamente a *manter a crença*, fui sempre incentivando a parturiente através de apoio constante e presença física (*estar com*), mantendo o otimismo, acreditando na sua capacidade. Procedi, ainda, aos registos no processo clínico e no partograma, sendo este um valioso instrumento que permite avaliar a evolução do TP, tendo em consideração os fatores que possam afetá-lo, possibilitando ter uma visão ampla do TP. Como tal, este é determinante para *manter a crença*, pois demonstra claramente a evolução natural do TP, evitando intervenções desnecessárias (APEO, 2009).

Segundo Barradas *et al* (2015, P. 42), o EEESMO deverá

desenvolver competências e aplicá-las na prática clínica, na avaliação não invasiva do trabalho de parto: visualização da linha púrpura, observação do triângulo de Michaelis, descida da melhor posição para auscultação fetal, alteração do padrão respiratório materno, comportamento, postura e vocalizações maternas, frequência e duração das contracções.

Neste sentido, no que concerne a *fazer pela* parturiente, durante o 2º estágio do TP, identificava os sinais sugestivos de dilatação completa, nomeadamente, a presença súbita de suor no lábio superior, o aumento da emissão de muco vaginal, o tremor das extremidades, o aumento da ansiedade/inquietude, o aumento das queixas, a necessidade de realizar esforços expulsivos, a referência à sensação de pressão pélvica, tal como refere Bobak *et al* (1999) e só, posteriormente, confirmava através do toque vaginal. Neste estágio, *estive sempre com* a parturiente/convivente significativo, informando-os sobre a evolução do TP, *possibilitando-lhes* exporem os seus desejos e terem uma participação mais ativa. Fui também orientando, quando necessário, os esforços expulsivos que querendo, pessoalmente, que fossem espontâneos, compreendo que as parturientes necessitam por vezes de orientação, particularmente, quando sob analgesia epidural. Neste sentido, expliquei que estes são mais eficazes, quando efetuados no momento da contração uterina, ajudando-as na perceção das mesmas e *mantendo a crença* com palavras de incentivo e

otimismo. A APEO (2009) não apoia esta conduta, pois considera não existir evidência sobre a necessidade de instruir quando e como a parturiente deve realizar os esforços expulsivos. Porém, para Barradas *et al* (2015), os esforços expulsivos orientados estão desaconselhados exceto quando a parturiente está sob analgesia epidural, o que se adequa à descrição.

Assim, enquanto a parturiente realizava esforços expulsivos preparava a mesa com o material necessário e procedia à limpeza perineal, cruzando os conhecimentos adquiridos em prática simulada com as normas em vigor no serviço, mantendo a comunicação com a parturiente/família e, quando o reflexo de Ferguson estava presente, incentivava-as então, a realizarem esforços expulsivos espontâneos. Descentralizar-me do períneo nesta fase foi uma dificuldade sentida inicialmente, pois encontrava-me mais focada na técnica em si. Com o decorrer do ER fui desenvolvendo a capacidade de estar atenta ao parto, realizando a técnica mas, também, estando atenta à parturiente/família, mantendo a comunicação e identificando necessidades neste período. Durante o 2º estágio do TP mantive-me sempre atenta ao CTG até ao nascimento do RN, relacionando a frequência cardíaca fetal com as contrações e a descida da apresentação no canal de parto.

Com o coroamento do polo cefálico fetal, informava a parturiente do nascimento eminente do RN, *possibilitando-lhe* participar ativamente e instruindo-a para realizar um esforço expulsivo mais controlado na tentativa de evitar a laceração do períneo, promovendo a sua colaboração, associando a proteção do períneo pela técnica *Hands on*, que consiste em exercer pressão com uma mão sobre o períneo e com a outra mão segurar a cabeça, para que esta se exteriorize suavemente (APEO, 2009). Segundo Leenskjold, Høj e Pirhonen (2015), a proteção manual do períneo reduz risco de laceração anal, sendo que estes consideram importante uma adequada comunicação entre o EEESMO e a parturiente, uma visualização e suporte adequado do períneo nos últimos minutos dos esforços expulsivos, em que o EEESMO com uma mão diminui a velocidade da saída da cabeça, enquanto a outra suporta o períneo com firmeza em redor do introito vaginal, com o primeiro e segundo dedos.

Após a exteriorização da cabeça fetal procedia então à pesquisa de circular cervical do cordão e na sua presença implementava intervenções que permitissem a sua resolução. A manobra de Somersault permite a resolução da circular cervical

apertada mantendo a integridade do cordão, possibilitando ao RN usufruir dos benefícios da clampagem tardia do cordão (Barradas *et al*, 2015). Contudo, não consegui coloca-la em prática no decorrer do ER, dada a minha insegurança e por ser ainda pouco executada pelos EEESMO (embora tenha conhecimento teórico), pelo que esta será uma competência a investir e a desenvolver enquanto profissional, de modo a prestar cuidados de qualidade. Assim, na presença de uma cervical, procedia à sua redução passando o cordão através da cabeça do RN ou, na sua impossibilidade, procedia à clampagem e secção do cordão, tal como menciona Barradas *et al* (2015).

Com a resolução da circular cervical do cordão quando presente, auxiliava na extração dos ombros fetais com uma ligeira tração da cabeça fetal procedendo ao desencravamento do ombro anterior, seguida do ombro posterior. Porém, aqui é necessário reconhecer os sinais de distócia de ombros, nomeadamente o “sinal de tartaruga” em que não ocorre a restituição e a rotação externa, intervindo no sentido de resolver uma das complicações mais temidas pelos EEESMO. Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia (OE, 2010, p.5), o EEESMO “diagnóstica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido”, sendo a distócia de ombros, assim, identificada pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, logo após a sua exteriorização, dado que “o ombro anterior ou o posterior, não consegue ultrapassar o plano promonto-púbico materno” (Marques e Reynolds, 2011, p.615). O reconhecimento precoce desta emergência, segundo Graça (2012), é essencial para uma atuação correta, evitando manobras descoordenadas que provocam lesões permanentes no feto, sem resolução da situação.

Assim, participei em 5 partos com distócia de ombros, sendo que três destas situações foram resolvidas com recurso à manobra de McRoberts (das quais 2 foram decorrentes da minha tomada de decisão), sendo necessário em duas situações associar a esta manobra a pressão suprapúbica, ou manobra de Rubin (uma das situações proposta por mim). Para a resolução desta complicação poderá, ainda, ser necessário realizar a manobra de Woods, a posição de Gaskin (4 apoios) ou a extração do ombro posterior e, como último recurso, no limiar da não resolução da distócia, poder-se-á proceder à sinfisectomia ou à manobra de Zavanelli e posterior

extração do feto por cesariana. Contudo, nas distócias de ombros presenciadas não foram necessárias tais intervenções. Para uma atuação correta nestas situações e uma abordagem coordenada é essencial, também, uma cooperação entre os profissionais e, como tal, pedir auxílio precocemente permite iniciar as manobras o mais cedo possível, contribuindo para diminuir os riscos de lesão no feto, evitar o agravamento da situação e resolver eficazmente esta complicação. (Marques e Reynolds, 2011). Poder-se-á ainda, sempre que previsível esta situação, antecipar e sugerir a posição de Gaskin (quatro apoios), nomeadamente, em parturientes com diabetes gestacional, macrosomia fetal, peso fetal estimado superior a 4000g, parto anterior com distócia de ombros, prolongamento do 1º e 2º estágio do TP, dado que esta posição permite o aumento do tamanho funcional em 1 a 2 cm dos diâmetros da pelve materna (Marques e Reynolds, 2011). Contudo, nas situações de distócia de ombros presenciadas as parturientes não apresentavam estes fatores de risco, pelo que esta posição não foi sugerida e, quando identificada no período expulsivo é, como refere Marques e Reynolds (2011), uma manobra de difícil execução, principalmente, quando associada à analgesia epidural.

Com a extração dos ombros procedia à limpeza de secreções do RN, após o qual possibilitava à parturiente ajudar o RN a nascer, sempre que esta assim o desejasse e felicitava a parturiente/família pelo nascimento do RN. A todos os RN *possibilitei* contacto pele a pele, se previamente acordado com a parturiente, sendo este promovido durante o período de puerpério imediato (2h) ou à duração que a parturiente/família assim pretendesse (quando foi necessária alguma intervenção esta foi realizada, preferencialmente, em contacto pele a pele ou, na sua impossibilidade, foi prestada na mesa de reanimação após a qual o RN regressou ao contacto pele a pele). Segundo Franco, Calafatinho, Abade, Ornelas e Oliveira (2014), o contacto pele a pele tem benefícios não só para o bem-estar do RN mas também materno, pois é facilitador da vinculação, promotor do sucesso e prolongamento da amamentação, aumenta a confiança e diminui a ansiedade materna. Para a OMS (2009), os benefícios para o RN do contacto pele a pele são significativos, designadamente, porque permite uma melhor adaptação do RN ao ambiente extrauterino, facilitando os mecanismos fisiológicos, mantém a estabilidade térmica deste, facilita a adaptação metabólica e a estabilização das glicémias, reduz o stress do RN e o seu choro, permite a colonização do intestino do RN com

bactérias da flora comensal materna, facilita o vínculo afetivo entre a mãe e o RN e promove, ainda, a amamentação precoce, pois permite ao RN realizar a busca da mama e pega espontânea, pelo que é uma medida a ser promovida nos diversos locais de nascimento.

Para Fatia e Tinoco (2016), a clampagem do cordão deverá ser retardada pelo menos até aos três minutos, pois enquanto houver pulsação no cordão mantém-se o fluxo de sangue para o feto, o que permite reduzir a deficiência de ferro. Deste modo, foi promovida a clampagem tardia do cordão (até deixar de pulsar e/ou pelo menos três minutos) e, por forma a envolver o convivente significativo, foi-lhe possibilitado realizar a secção do cordão, sempre que assim o desejasse.

Com o RN em contacto pele a pele e após a secção do cordão, promovia uma conduta ativa da dequitação, identificando os sinais e o mecanismo de descolamento de placenta. Segundo a literatura, a conduta ativa permite “menor índice de hemorragias pós-parto, menor perda de sangue e uma redução das transfusões sanguíneas” (APEO, 2009, p.101). Após a dequitação, procedia à avaliação do tônus uterino, da integridade da placenta e membranas e observava o cordão umbilical. Confirmava a administração de ocitocina como medida para prevenir a atonia uterina, tal como sugere Barradas *et al* (2015) e, seguidamente, revia o canal de parto identificando lacerações (local e grau) e procedia à sua reparação e/ou na presença de episiotomia procedia à episiorrafia. No início do ER, a perineorrafia era uma das intervenções que me preocupava bastante, pois não era detentora da destreza técnica e percebendo a responsabilidade/impacto que esta trazia para o futuro da mulher/família, necessitava de bastante apoio para a realizar, nomeadamente, na confirmação de que estava a realizá-la corretamente. Assim, o apoio da orientadora foi essencial para adquirir segurança e confiança nesta intervenção, culminando com a minha autonomia na sua realização nas últimas semanas de ER. Para Barradas *et al* (2015, p. 46), o EEESMO “deve ter competência para proceder à reparação do períneo por forma a melhorar a condição pós-parto da mulher e prevenir problemas físicos, psicológicos, sexuais, sociais e de cuidados ao bebé”.

Nesta sequência, durante a minha prestação de cuidados identifiquei 16 lacerações de grau I, 14 lacerações de grau II e 1 laceração de grau III (esta suturada pela obstetra, uma vez que atingiu o esfíncter anal) e realizei 16

episiotomias (2 parturientes apresentaram concomitantemente episiotomia e laceração grau II), sendo que 17 parturientes tiveram períneo íntegro. Embora, a OMS (1996) recomende apenas 10% de episiotomias, esta não foi uma intervenção realizada por rotina, mas sim seletiva, tendo sido considerada em situações de sofrimento fetal e em situações de lesão eminente de laceração perineal grave, por rigidez perineal e/ou altura do períneo inferior ou igual a três centímetros, observando-se uma taxa de episiotomias inferior a 30% nos partos em que participei, sendo um valor admissível para Borges, Serrano e Pereira (2003), como menciona Barradas e Salgueiro (2013). Também a APEO (2009) recomenda o seu uso limitado a situações de perda de bem-estar fetal, parto vaginal complicado e cicatrizes de mutilação dos genitais femininos ou de lacerações anteriores de terceiro/quarto grau mal curadas. As episiotomias realizadas foram médio laterais evitando a sua extensão ao esfíncter anal (Bobak *et al*, 1999). Nas reparações perineais realizei a sutura contínua na mucosa vaginal e pontos simples no músculo e pele (tal como preconizado pela ESEL), contudo tive a oportunidade de observar diversos tipos de sutura, efetuado pelos diferentes EEESMO presentes no local de ER.

Refletindo sobre a minha prática e considerando que a integridade do períneo “é facilitada pela sua manipulação reduzida no segundo estágio, pela verticalidade e esforços expulsivos espontâneos e pela episiotomia seletiva” (Fatia e Tinoco, 2016, p. 318), enquanto futuro EEESMO, pretendo também desenvolver a técnica de *Hands poised*, bem como as posições verticais no 2º estágio do TP, como forma de evitar a realização da episiotomia e alcançar as taxas recomendadas pela OMS.

Com o fim dos procedimentos necessários e enquanto procedia à limpeza do períneo realizava educação para a saúde, nomeadamente, sobre os cuidados ao períneo. Promovi, também, a amamentação na primeira hora de vida a todos os RN em que estive presente no parto, realizando educação para a saúde, nomeadamente, sobre as vantagens do aleitamento materno, a prática do aleitamento materno e o mecanismo da amamentação, tal como preconizado por Levy e Bértolo (2012). Ao iniciar precocemente a educação para a saúde pretendi capacitar a mulher, através da partilha de informação, para manter e/ou melhorar a sua saúde e do RN, como estabelece Swanson (Wojnar, 2014).

Realizei os registos detalhados no partograma e no processo clínico da parturiente, com a informação relevante referentes aos 4 estádios do TP. Relativamente aos cuidados prestados no 4º estágio do TP, as atividades desenvolvidas encontram-se detalhadas na Competência H4 - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

É de salientar que, durante a minha prestação de cuidados, apoiei continuamente a mulher/família, mantendo uma atitude positiva e incentivando-a, transmitindo-lhe confiança na sua capacidade de ultrapassar esta transição, *mantendo a crença*. Quanto às posições adotadas durante o TP, as parturientes a quem prestei cuidados alternaram entre períodos de repouso no leito, com períodos de deambulação e/ou utilização da bola de pilates durante o 1º estágio do TP. No 2º estágio, embora poucas parturientes experimentassem a posição de pé e ou cócoras (após sugerido), a expulsão do RN ocorreu maioritariamente na posição *semi-fowler*. Identifiquei, nas parturientes e conviventes significativos desconhecimento dos benefícios das diferentes posições para parir e alguma relutância na sua adoção, talvez porque socialmente e culturalmente a litotomia tem sido a posição mais divulgada, remetendo, mais uma vez para o papel essencial do EEESMO durante as consultas de VGBR.

Assim, durante o ER tive a oportunidade de participar em 62 partos eutócicos, tendo realizado 16 episiotomias, observado 16 de lacerações de grau I, 14 lacerações de grau II e 1 laceração de grau III. Ocorreram 12 circulares cervicais do cordão (4 apertadas e 8 largas), 5 distócias de ombros com necessidade de intervenção adequada à sua resolução. Colaborei, ainda, em 11 partos distócicos, sendo que, para além do apoio à parturiente e colaboração com o obstetra, prestei cuidados imediatos a estes RN em colaboração com a pediatra. Tive ainda a oportunidade de colocar monitorização interna em 2 parturientes, realizar amniotomia em 4 parturientes (indicada no TP de evolução lenta, quando todas as intervenções não invasivas não foram eficazes) e realizar amnioinfusão em 2 parturientes (indicada em situações de ocorrência de desacelerações variáveis graves associadas a oligoâmnios ou na presença de mecónio) (Graça, 2012).

Todas estas situações vivenciadas/atividades desenvolvidas contribuíram para consolidar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante os diferentes estádios do TP, efetuando o parto em

ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN (OE, 2010). Devido à complexidade e exigência deste objetivo, este revelou-se um desafio. Contudo, considero ter atingido este objetivo tendo adquirido competência técnica, científica e relacional para a prestação de cuidado à parturiente/família, desenvolvendo a minha autonomia e aumentando a qualidade dos meus cuidados ao longo do ER. Não obstante, estas competências continuarão a ser desenvolvidas, enquanto EEESMO.

3.3. Cuidar a Mulher Inserida na Família e Comunidade Durante o Período Pós-natal (Competência H4)

Para Barradas *et al* (2015, p.49), o EEESMO é um elemento da equipa multidisciplinar que tem como premissa otimizar e potenciar a saúde da puérpera e do RN, “apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, e é o mais presente, para avaliar o bem-estar do binómio mãe/RN, pois existe uma grande aproximação com as utentes e estas estão também mais recetivas ao seu cuidar”.

O desenvolvimento desta competência teve o seu início com a integração dos conhecimentos provenientes da frequência das aulas, bem como da pesquisa bibliográfica efetuada durante este período em livros e bases de dados, o que me permitiu aprofundar conhecimentos sobre alterações fisiológicas, patológicas e riscos no puerpério, avaliação da puérpera e do RN e amamentação. Uma vez mais, estes conhecimentos revelaram-se determinantes para fundamentar a minha prática durante os EC , bem como, a minha tomada de decisão em situações novas e/ou complexas, tal como preconizado para o grau de mestre (JQI, 2004).

O desenvolvimento prático desta competência iniciou-se durante o EC II com a prestação de cuidados a 48 puérperas e seus RN no internamento de puerpério, desenvolvendo-se durante o EC V, com a colaboração na prestação de cuidados a 26 RN internados no serviço de neonatologia e, posteriormente, durante o EC III, com a realização de consultas de enfermagem a 9 puérperas/RN.

Durante o ER foi possível prestar cuidados a 68 puérperas e seus RN no período de puerpério imediato, tendo sempre presente que os EEESMO “possuem conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia da mulher, das alterações emocionais vivenciadas, da fase de recuperação, das características físicas e

comportamentais do recém-nascido e assim sabem identificar quais os cuidados mais adequados a cada situação” (Ferreira, 2016, p.438). Deste modo, para uma prestação de cuidados especializados, progressivamente competente, para além de amplos conhecimentos, é necessário, também, *conhecer* a cliente, nomeadamente, as suas expectativas para este período, as suas experiências anteriores, pois estas influenciarão a forma como este período decorrerá. Ao *estar com* a puérpera, para além do apoio constante e de reconhecer as suas dúvidas, anseios e expectativas, permitiu-me identificar possíveis alterações e *fazer por* ela, quando não lhe fosse possível.

Assim, prestei cuidados ao RN (avaliando pele e mucosas, reflexos, choro, coto umbilical, presença de eliminação vesical e intestinal, observando a mamada, administrando vitamina k, avaliando e registando o peso e todos os cuidados prestados), envolvendo o convivente significativo (na mudança da fralda, no vestir o RN, realizando educação para a saúde). Promovi a amamentação precoce e procedi à avaliação da puérpera (tónus uterino/globo de segurança de Pinard, períneo, lóquios, parâmetros vitais, eliminação vesical), sempre *possibilitando* e contribuindo para a otimização da sua saúde e do RN, através de educação para a saúde sobre os cuidados a ter no pós-parto, cuidados com a perineorrafia (quando presente), alterações psicológicas do puerpério, amamentação, cuidados ao RN e importância do apoio familiar/convivente significativo, tal como defendido pela OE (2010, p.6) que refere que o EEESMO

informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do filho (...) Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, (...) identifica complicações no pós-parto (...) Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher no pós-parto.

Constatei durante a minha prestação de cuidados a insegurança das puérperas relativamente a esta transição do desenvolvimento, apresentando-se vulneráveis, como afirma Meleis (2010), pelo que é essencial transmitirmos conhecimentos e apoio, otimismo e *crença* nas suas capacidades, incentivando-a e motivando-a para esta fase da sua vida.

Relativamente às complicações identificadas durante este período no bloco de partos, destaco uma situação em que uma puérpera apresentava perdas hemáticas vaginais aumentadas, após um parto distócico por fórceps. Esta foi identificada precocemente devido aos conhecimentos e competências desenvolvidas

e *estando presente*, identificando esta alteração no decorrer da prestação de cuidados. Ao identificar um aumento das perdas hemáticas vaginais é necessário mobilizar os conhecimentos, de forma a prever a sua etiologia e, assim, procurar sinais evidentes desta. Portanto, na presença de uma hemorragia pós-parto é necessário reconhecer as causas que poderão estar associadas a esta complicação, nomeadamente, a possibilidade de uma atonia uterina, a presença de fragmentos de placenta e/ou membranas, o traumatismo do canal de parto e as alterações da coagulação, para assim, determinar a conduta de atuação a seguir (Cardoso, 2012).

Nesta sequência, foi avaliado o tónus uterino (presença de globo de segurança de Pinard) descartando uma possível atonia uterina, foi também avaliada a episiorrafia não aparentando alterações. Como elemento integrante de uma equipa multidisciplinar e suspeitando de possíveis membranas fragmentadas foi dado conhecimento à equipa médica que realizou ecografia, após a qual realizou revisão do canal de parto e revisão uterina manual com remoção de restos placentares. Foi, ainda, realizada colheita de sangue para análises despistando uma descida de hemoglobina e /ou alterações da coagulação. Durante todas estas intervenções foi importante *conhecer* e *estar com* a puérpera, pois mesmo sem esta expressar verbalmente, a sua comunicação não verbal demonstrava apreensão e preocupação com a sua situação clínica. Desta forma, para além de colaborar nos procedimentos com a equipa médica, fui informando a puérpera sobre a sua situação e os procedimentos a realizar, sempre *demonstrando otimismo* realista face a esta, promovendo o seu bem-estar apesar da complicação identificada. Todas as intervenções permitiram identificar precocemente a alteração da saúde da puérpera e tratar adequadamente a complicação, prevenindo a morbilidade e /ou mortalidade, tornando-se evidente o potencial do EEESMO na prestação de cuidados à puérpera e RN. Como refere a OE (2010), o EEESMO possui conhecimentos e competências especializadas, com impacto na resolução de possíveis complicações no seio da equipa multidisciplinar e em cooperação. Segundo Bobak *et al* (1999, p.613), as consequências de uma hemorragia pós-parto podem manifestar-se de imediato (choque hipovolémico, morte) ou tardiamente (anemia, infeção puerperal, tromboembolismo), pelo que a sua deteção e intervenção multidisciplinar precoce é determinante para otimizar a saúde da puérpera e, conseqüentemente, do RN com impacto, também, na família.

Contundo, não só a puérpera tem ganhos em saúde na prestação de cuidados especializados, também, nos cuidados ao RN o EEESMO tem um papel preponderante na identificação de desvios. No decorrer do ER, compreendi a importância dos conhecimentos específicos sobre os cuidados ao RN, nomeadamente, o fluxograma da reanimação. Este permite-nos ter uma adequada prestação de cuidados e orientar a nossa intervenção de acordo com cada situação, otimizando a saúde do RN e diminuindo a morbilidade/mortalidade. Neste sentido, prestei cuidados a um RN, cujo parto foi distócico por ventosa, sendo que ao recebê-lo identifiquei uma aparente dificuldade respiratória. Assim, em colaboração com a pediatra presente, foi seco e estimulado de acordo com a primeira etapa da reanimação e a pediatra procedeu à permeabilização das vias áreas após o qual foi colocado sensor de oximetria de pulso e administrado oxigénio, de acordo com os valores progressivos da saturação pretendida. As intervenções implementadas permitiram reverter o quadro respiratório do RN e após alguns minutos com a recuperação deste, foi, então, estabelecido o contacto pele a pele e promovida a amamentação precoce. Esta situação permitiu-me compreender a importância dos conhecimentos e das competências do EEESMO na sala de partos, pois se nesta situação estava presente um pediatra por ser um parto distócico, outras situações haverá em que o pediatra não estará na sala e o EEESMO terá que atuar sem a sua presença, promovendo a saúde do RN e prevenindo situações que o possam afetar negativamente. Segundo Moniz e Graça (2012, p.367), “estima-se que 10% dos RN necessitem de algum tipo de reanimação para iniciar uma respiração eficaz, e que cerca de 1% necessitem de manobras de reanimação mais diferenciadas”, pelo que o EEESMO deverá estar preparado técnica e cientificamente para estas situações, identificando os sinais e intervindo precocemente, sendo fundamental para o sucesso da reanimação e bem-estar do RN.

Procedi, ainda, à avaliação geral do RN (observação geral, pele e mucosas, reflexos presentes e eliminação), avalei o índice de apgar (frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, resposta aos estímulos e coloração da pele), efetuei prevenção hemorrágica do RN através de administração de vitamina K, promovi o contacto pele a pele e apoiei a amamentação, informando sempre o casal dos procedimentos efetuados ao RN e a sua importância. Para Freitas e Baptista

(2016), a avaliação e os cuidados ao RN facilitam a sua adaptação à vida extrauterina, promovendo o seu bem-estar e a sua saúde, prevenindo complicações.

Relativamente ao contacto pele a pele e, tendo presente que a perda de calor do RN é uma preocupação dos pais, sabe-se que este estímulo sensorial promove a libertação de ocitocina materna, que induz um aumento da temperatura do tórax materno e é responsável pela ejeção de leite materno, sendo importante para a amamentação (APEO, 2009). Acrescido a este fator, o contacto pele a pele proporciona, ainda, uma vinculação afetiva precoce, segundo a APEO (2009). Informei, então, todos os casais sobre as potencialidades do contacto pele a pele para a mãe, para o RN e para a família, para que tomassem as suas próprias decisões de uma forma esclarecida.

Também promovi a amamentação na primeira hora de vida, nas puérperas/famílias aos meus cuidados, esclarecendo-as relativamente aos benefícios desta, nomeadamente, na estimulação de ocitocina natural favorecendo a contratilidade uterina, na subida de leite precoce, no favorecimento do vínculo afetivo entre mãe/filho e na maior facilidade do estabelecimento de uma amamentação eficaz, pelo facto de o RN estar mais desperto para a amamentação neste período (OMS, 2009).

Devido ao processo de transição que a puérpera/família vivencia neste período, a educação para a saúde torna-se preponderante para otimizar a sua saúde e do RN, *possibilitando* a esta detetar alterações e recorrer aos serviços de saúde atempadamente. Neste sentido, o EEESMO, pela relação que estabelece com a puérpera, tem um papel fundamental na transmissão de informação, atuando de acordo com o regulamento que orienta o exercício do EEESMO da OE (2010, p. 6) que refere que este “informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho”. Nesta sequência, durante a minha prestação de cuidados, *possibilitei* às puérperas informação sobre amamentação, cuidados à mama, cuidados ao períneo, lóquios, importância do contacto pele a pele, cuidados ao coto umbilical, mudança da fralda, entre outros.

Não posso deixar, ainda, de referir que durante o ER para manter a continuidade dos cuidados e como forma de avaliar a minha própria prestação de cuidados, perspetivando uma melhoria contínua, desloquei-me, sempre que me foi possível, ao internamento de puerpério para observar e validar os cuidados junto

das puérperas, a quem prestei cuidados no bloco de partos. As observações efetuadas foram importantes para aumentar a minha confiança/segurança na prestação dos cuidados e para a sua melhoria, o que contribuiu para desenvolver a minha autonomia durante o ER.

Todas estas situações/intervenções desenvolvidas contribuíram para consolidar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN (OE, 2010). Por atualmente trabalhar num serviço de puerpério, este objetivo foi mais facilmente atingido comparativamente com os anteriores. Contudo, sendo o puerpério imediato uma realidade diferente do meu local de trabalho, permitiu-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências durante o ER, as quais fui também integrando, na minha prestação de cuidados enquanto profissional.

3.4. Cuidar a Mulher com a Utilização da Música no TP (Inserido na Competência H3)

Segundo Barradas *et al* (2015, P. 23), a qualidade dos cuidados prestados “deve ser o objectivo primeiro de todos os EESMO, ao longo de todo o seu percurso profissional, e em todas as áreas englobadas na sua esfera de competências”, sendo que “uma das condições fundamentais da excelência de cuidados é a actualização contínua de conhecimento”. Neste sentido, a realização da *Scoping Review* permitiu-me mapear os conhecimentos atuais, o que foi essencial para a minha prestação de cuidados, pois permitiu-me compreender que a música, ao ser utilizada como um recurso para cuidar, promove o bem-estar e satisfação das clientes para com os cuidados de saúde (Rodrigues, *et al* 2004).

Contudo, para planear a prestação de cuidados utilizando a música no ER e adquirir conhecimentos práticos sobre as clientes e a utilização da música, para identificar a abordagem mais assertiva às clientes sobre esta temática, bem como, para reconhecer a melhor forma de promover a utilização da música durante o TP e perceber a receptividade das mesmas à sua utilização neste período, explorei um pouco esta temática junto de algumas clientes/famílias nos diferentes EC (EC II, EC III e EC IV), procedendo ao registo de interação (apêndice XII, XIII e XIV). Assim, neste meu contacto com as clientes durante a minha prestação de cuidados, registei

informação sobre a mesma relativamente a 7 puérperas (6 puérperas em contexto de internamento de puérperas e 1 em contexto de consulta de enfermagem) e 5 grávidas (3 grávidas em contexto de internamento de medicina materno-fetal e 2 grávidas em contexto de consulta de enfermagem).

Desta minha abordagem, percecionei que apenas três puérperas tinham conhecimento de alguns benefícios da utilização da música no TP, referindo somente o relaxamento e a melhoria no ambiente, sendo que destas apenas 2 puérperas utilizaram música de rádio durante o TP e referiram como efeitos da utilização da música, maior tranquilidade e melhoria do ambiente como descreve Browning (2000) e Gentz (2001). Foi, então, difundido os benefícios da utilização da música durante o TP juntos destas puérperas e dado especial relevância aos benefícios que se prolongam para o pós-parto, referidos por Simavli *et al* (2014) e para o RN, tal como identificado por Tabarro *et al* (2010) e Campos (2015). No que concerne às grávidas abordadas, também destas apenas 3 referiram o relaxamento e a melhoria no ambiente como benefício da utilização da música no TP, sendo que apenas 1 tinha uma *playlist*, que não tendo sido criada especificamente para o TP, pretendia utilizá-la para este período. Então, difundi junto das grávidas os benefícios da utilização da música durante o TP e as diferentes características que a música deveria ter para se adequar à evolução do TP, sendo que após a minha abordagem 4 grávidas referiram que pretendiam utilizar este método e 1 grávida referiu que ainda iria pensar sobre a sua utilização durante o TP.

Esta minha abordagem às clientes, nos EC anteriores, permitiu-me ter uma perceção na prática da realidade e ajustar intervenções que se tornassem pragmáticas e me facilitassem a implementação do meu projeto, utilizando estratégias que fossem promotoras da qualidade dos cuidados prestados às clientes durante o ER.

Também, para prestar cuidados de qualidade às minhas clientes, contactei com uma perita em musicoterapia (realizei diversas reuniões com a musicoterapeuta, psicóloga e investigadora na área da utilização da música na saúde) para a elaboração de uma *playlist* adequada aos diferentes estádios TP (principalmente para o 1º e 2º estágio, ficando acordado que as músicas referentes ao 1º estágio do TP eram adequadas ao 3º e 4º estágio), segundo a sua orientação. Posteriormente, validei esta *playlist* com dez enfermeiros, oito grávidas e cinco

puérperas através da sua escuta e preenchimento de um instrumento elaborado para o efeito (apêndice XVI).

Tendo em consideração que Barradas *et al* (2015, p.24) refere que os cuidados prestados pelos EEESMO devem incluir “a capacitação da utente para a sua posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida”, colaborei na organização do *workshop*: “Música em sintonia com a parturiente/família”, para divulgar aos profissionais de saúde e aos colegas de curso, os benefícios e as músicas adequadas ao TP, que foi ministrado pela perita, colaboradora no meu projeto. Elaborei, também, um folheto intitulado “Gostaria de ter um parto musical?” para divulgar às grávidas os benefícios da utilização da música no TP e com orientações para a sua seleção (apêndice XVII) distribuindo, posteriormente, nos CPP da área de influência do local de ER e nas consultas externas de obstetrícia do hospital onde decorreu o ER. Divulguei, ainda, o projeto/benefícios da utilização da música, junto dos coordenadores dos CPP da área de influência do hospital, bem como, junto dos enfermeiros das consultas externas e do bloco de partos, do hospital onde decorreu o ER, através de breves sessões de informação/esclarecimento.

Ainda, como forma de divulgar o meu projeto junto das grávidas, tive a oportunidade de participar numa sessão de dois cursos distintos de preparação para a parentalidade e difundir os conhecimentos relativamente à temática, previamente, durante o EC III (dirigido a grávidas que não pertenciam à área de influencia do hospital de ER) e, posteriormente, durante o ER (dirigido a grávidas que pertenciam à área de influência do hospital de ER).

Para além das atividades acima descritas, durante a minha prestação de cuidados, tive sempre presente os pressupostos de Swanson, pois estes apoiam os cuidados no sentido de proporcionar bem-estar e satisfação aos clientes (wojnar, 2014). Assim procurei sempre *conhecer* a cliente/família, identificando e respeitando as suas expetativas relacionadas com o TP e a utilização da música durante o mesmo, *fazer pela* cliente/família, nomeadamente, reunindo e partilhando informação fidedigna sobre TP e os benefícios da utilização da música, *possibilitando* e contribuindo para a sua tomada de decisão esclarecida, *estando com* ela e estabelecendo uma parceria no planeamento dos processos de cuidar,

mobilizando e envolvendo o convivente significativo no processo de cuidados, *mantendo a crença* nas suas capacidades.

Tendo em consideração o supracitado, durante o ER utilizei a música como cuidado para proporcionar bem-estar e maior satisfação às parturientes, mas dada a especificidade e exigência das competências a desenvolver neste ER, apenas consegui proporcionar uma adequada utilização da música durante o TP a 22 parturientes, cujos cuidados especializados foram realizados integralmente por mim. A limitação do reduzido número a quem foi proporcionada a utilização da música deve-se ao facto de que, para a correta utilização da música e recolha de informação (através de instrumento de registo de interação, apêndice XV) que dessem resposta aos objetivos da sua utilização, necessitei de grande disponibilidade pessoal e profissional, num período por si já exigente inerente ao desenvolvimento de competências específicas do EEESMO. Tal exigência de disponibilidade deve-se ao facto de que, para utilizar a música como cuidado, é necessário *conhecer* a parturiente e a sua relação com a música, *estar com* a parturiente e observar a sua conexão à música utilizada, *fazer pela* parturiente quando se observa que a utilização da música não está a ser eficaz e *possibilitar-lhe* diferentes estilos musicais ou outros métodos. É necessário informar a parturiente sobre as vantagens da utilização da música, sobre os estilos mais adequados ao estágio e fase do TP e *manter a crença* que a música é vantajosa neste período, que a parturiente é capaz de ultrapassar esta fase da melhor forma com a ajuda da música, mantendo o otimismo.

Assim, para Swanson, *conhecer* a cliente está relacionado com o conhecer as suas experiências e expectativas, focando-se no cuidado (Parker, 2001). Neste sentido, relativamente a *conhecer* a cliente, as 22 parturientes tinham idades compreendidas entre os 22 anos e os 39 anos de idade, com idade gestacional entre as 37 semanas e 2 dias e as 41 semanas e 2 dias. Destas 22 parturientes, 11 eram nulíparas, 8 eram primíparas e 3 parturientes eram múltíparas, sendo que 4 parturientes já tinham tido uma experiência anterior de parto com música que a classificaram como uma boa experiência, estando satisfeitas com sua utilização, o que vai ao encontro do apresentado por Simavli *et al* (2014). Nesta sequência, durante a minha prestação de cuidados, observei que a música é um método bem aceite pelas parturientes, independentemente da sua idade ou das suas

experiências anteriores, tal como demonstrado por Tabarro *et al* (2010). As parturientes que já tinham experiência com a utilização da música durante o TP referiram satisfação, particularmente, pelo efeito de relaxamento que proporciona, tal como defende Browning (2000).

Das 22 parturientes a quem proporcionei a utilização da música durante o TP, 4 parturientes não tinham qualquer conhecimento sobre os benefícios da sua utilização durante o TP, 17 referiram ter conhecimento que proporcionava relaxamento durante o TP tal como menciona Campos (2015) e Gentz (2001), 3 fizeram referência ao controlo da dor como benefício da utilização da música durante o TP, como refere Campos (2015) e Manrique (2015) e 4 referiram, ainda, que a música durante o TP ajudava a manter a concentração/foco, como descrito por Gentz (2001) e Browning (2000). No entanto, nenhuma parturiente referiu efeitos benéficos no 2º estágio do TP, contrariamente ao referido na literatura (Manrique, 2015), o que poderá revelar um desconhecimento por parte dos profissionais de saúde que realizam as consultas de vigilância da gravidez ao não divulgarem os seus benefícios para o 2º estágio do TP, tal como menciona Browning (2000). Das 22 parturientes cuidadas com música durante o TP, 13 frequentaram o CPP onde foi abordada a possibilidade e vantagens da utilização da música no TP (sobretudo o relaxamento e controlo da dor), 5 parturientes frequentaram o CPP mas a utilização da música durante o TP não tinha sido uma temática abordada e 4 parturientes não frequentaram o CPP. Atendendo a isto, Browning (2000) refere no seu estudo que a mulher deverá ser sensibilizada durante a gravidez, devendo ser assistida nas suas escolhas, e como tal, informada sobre esta possibilidade. Contudo, nestes dois últimos grupos, 5 parturientes obtiveram informação sobre a possibilidade e vantagens de utilização da música no TP através da Internet e de amigas. Também informei e reforcei os benefícios da utilização da música no TP, a todas estas parturientes. Das 22 parturientes referidas, 3 parturientes elaboraram uma *playlist* própria para o TP, das quais 2 fizeram-na segundo o seu gosto pessoal e sem qualquer tipo de orientação e apenas 1 parturiente teve orientação de um profissional de saúde sobre as características das músicas adequadas ao TP, como recomenda Browning (2000), sendo este profissional a enfermeira do CPP da área de influência do hospital, que estava sensibilizada (a quem foi divulgado o projeto e apresentados os benefícios da utilização da música no TP).

Assim, ao *conhecer* as parturientes durante a minha prestação de cuidados constatei que, os benefícios da utilização da música durante o TP são, ainda, pouco divulgados, não se informando as parturientes sobre a possibilidade de utilização de música e os seus benefícios, durante as consultas de vigilância da gravidez. Tal como referido por Browning (2000), parece ainda existir algum desconhecimento dos profissionais de saúde sobre esta temática, não sendo a mesma abordada durante as consultas de vigilância da gravidez. Nesta lógica, apuro que não é proporcionado às parturientes todo o exponencial da utilização da música, pois tal como Browning (2000) refere para que a música seja eficaz, esta terá que ser do agrado da parturiente e, preferencialmente, deverá ser feita uma sensibilização para a mesma durante a gravidez, de forma a familiarizar-se com a melodia. A música deverá ter diferentes ritmos, sonoridades, intensidade e frequência, por forma a adequar-se à evolução do TP e deverá ser sempre controlada pela mulher, isto é, deverá estar de acordo com o desejo da mulher relativamente ao volume, ao ritmo e à própria sonoridade musical, devendo esta ser orientada nas suas escolhas.

Manter a crença, consiste segundo Swanson, em sustentar a fé na capacidade do outro em obter resultados para o seu bem-estar e inclui acreditar no outro, mantendo uma atitude de esperança, oferecendo otimismo realista e ajudando a encontrar significado no que está a viver, como referido anteriormente (Parker, 2001). Assim, relativamente a *manter a crença*, acreditando e mantendo o otimismo nos efeitos benéficos da utilização da música durante o TP, certifiquei-me que as 22 parturientes pretendiam utilizar a música durante todo o TP, pois os desejos/crenças das parturientes são determinantes para que a música tenha um efeito benéfico. Nesta lógica, tentei validar os benefícios da utilização da música, especialmente no controlo da dor, questionando o seu nível de dor aos zero minutos da sua utilização, e após sessenta minutos, através da utilização da escala numérica de 0 a 10 valores (em que 0 é dor nenhuma e 10 a dor máxima já alguma vez sentida). Desta minha intervenção, 7 parturientes tinham iniciado a utilização da música por rádio (disponível em todos os quartos da sala de partos) no turno anterior, pelo que não foi possível aplicar a escala, 10 parturientes iniciaram a utilização da música após terem realizado analgesia epidural pelo que não foi possível uma observação fidedigna, pois o nível de dor inicial era 0 e manteve-se neste nível após os sessenta minutos. Ainda, ao tentar perceber a utilização da música como controlo da dor

no TP, 5 parturientes iniciaram a utilização da música sem analgesia epidural, contudo realizaram-na antes dos sessenta minutos pelo que também não obtive uma observação fidedigna, pois o nível de dor reduziu para 0, após a aplicação desta técnica analgésica. Todavia, 2 parturientes iniciaram a utilização da música antes de realizarem a analgesia epidural e após os sessenta minutos mantinham controlo não farmacológico, pelo que durante os meus cuidados observei que, com a utilização da música, o nível de dor aumentou, em 1 valor na escala numérica para uma das parturientes e em 3 valores para a outra parturiente, o que também poderá estar relacionada com a progressão do TP, pois verificou-se nestas parturientes uma evolução do 1º estágio do TP (da fase latente para a fase ativa), com aumento significativo da intensidade das contrações.

Esta minha última observação contradiz a evidência científica sobre o efeito da utilização da música durante o TP, no alívio e controlo da dor nas contrações, tal como mencionado por Campos (2015) e corroborado por Manrique (2015). Ao constatar esta contradição, poderei fazer referência às recomendações expostas por Browning (2000), que menciona que a música para ser eficaz, terá que ser do agrado da parturiente e, preferencialmente, deverá ser feita uma sensibilização para a mesma durante a gravidez de forma a familiarizar-se com a melodia, o qual não foi realizado nestas que utilizaram a *playlist* elaborada para este projeto (disponibilizada por mim), dado que não tinham uma *playlist* própria. Não obstante a contradição supramencionada, reforcei com as parturientes os benefícios descritos na literatura sobre a utilização da música no TP, *mantendo a crença*, nomeadamente, que está associada a menor ansiedade durante o TP (Campos, 2015) e no pós-parto (Simavli, *et al*, 2014), a maior relaxamento (Gentz, 2001; Campos, 2015), a maior tranquilidade/segurança (Browning, 2010), a menor intensidade da dor durante o TP (Campos, 2015) e no pós-parto (Simavli *et al*, 2014), a uma progressão mais favorável/natural do TP (Tabarro *et al*, 2010), a diminuição do tempo de TP (Manrique, 2015), a maior satisfação com este período (Browning, 2000) e, ainda, que está associada a menor taxa depressão no pós-parto (Simavli *et al*, 2014), bem como, proporciona alívio das cólicas/diminui o choro do RN quando estes são expostos às mesmas músicas utilizadas durante o TP (Tabarro *et al*, 2010; Campos, 2015), pelo que é um método capaz de auxiliar a parturiente a ultrapassar esta transição da melhor forma (Tabarro *et al*, 2010).

O *possibilitar* significa facilitar a passagem do outro na sua transição, o que envolve informar e apoiar, criando alternativas (Parker, 2001). Nesta lógica, embora o foco do meu projeto fosse a utilização da música no 2º estágio do TP, para uma prestação de cuidado adequada e contínua, foi *possibilitada* a todas as parturientes o início da sua utilização no 1º estágio do TP, informando e validando com todas as parturientes sobre os seus benefícios, antes de iniciarem a sua utilização. Assim, todas iniciaram a utilização da música no 1º estágio do TP, mantiveram a sua utilização durante o 2º estágio e, como nenhuma pediu a sua interrupção, possibilitei, ainda, a sua utilização no 3º e 4º estágio do TP, embora não tenha elaborado uma *playlist* específica para estes dois últimos estágios.

Das 22 parturientes, 12 parturientes utilizaram a *playlist* que disponibilizei com músicas adequadas ao 1º estágio e 2º estágio do TP, sendo que no 3º e 4º estágio as parturientes optaram por utilizarem as músicas mais calmas selecionadas para o 1º estágio, indo ao encontro do aconselhado pela musicoterapeuta colaboradora neste projeto. Das 22 parturientes, 8 parturientes utilizaram rádio e 2 parturientes utilizaram uma *playlist* que tinham elaborado para o seu parto, sendo que uma terceira parturiente, embora tivesse elaborado uma *playlist*, preferiu ouvir a *playlist* elaborada para este projeto e optou por não utilizar a sua própria *playlist*, dado referir que as músicas da *playlist* elaborada eram mais agradáveis e deixavam-na mais relaxada/tranquila. Ainda, relativamente ao *possibilitar*, informei as parturientes sobre as características das músicas mais benéficas para o 1º e 2º estágio do TP e os seus efeitos para as próprias, tal como descrito por Gentz (2001), para o qual a música calma no 1º estágio promove o relaxamento da parturiente e no 2º estágio deverá induzir e estimular o movimento, devendo esta ter características diferentes, ou seja, deverá ser constante e ritmada, durante o 2º estágio do TP.

Fazer por é fazer pelo outro o que ele faria por si mesmo se fosse possível, antecipando necessidades (Parker, 2001). Ao *fazer pela* parturiente/família tentei identificar o tipo de música, a sua adequação ao TP e o seu efeito, particularmente, na duração do TP. Nesta sequência, nas parturientes que utilizaram a *playlist* disponibilizada usufruíram de música, essencialmente, calma no 1º estágio do TP e música mais ritmada no 2º estágio do TP, sendo que a média da fase ativa do 1º estágio do TP foi de cinco horas e a duração do 2º estágio esteve entre os doze minutos e os sessenta minutos. Nas parturientes que utilizaram o rádio, a música era

muito variada, o que dificultou a sua análise, não conseguindo estabelecer o seu ritmo específico. Nestas parturientes, a fase ativa do 1º estágio do TP durou em média sete horas e a duração do 2º estágio compreendeu-se entre os dezassete minutos e os cento e vinte sete minutos. Já nas parturientes que utilizaram a sua própria *playlist*, as músicas eram, fundamentalmente, músicas calmas com letra, sendo que a média da fase ativa foi de seis horas e a duração do 2º estágio do TP situou-se entre dezassete minutos e os vinte e sete minutos.

Ao aprofundar a relação da duração do TP com a utilização da música, é de referir que das 12 parturientes que utilizaram a *playlist* elaborada, 6 parturientes eram nulíparas, 5 parturientes eram primíparas e 1 parturiente era múltipara. Nas 8 parturientes que utilizaram rádio, 4 parturientes eram nulíparas, 2 parturientes eram primíparas e 2 parturientes eram múltiparas. Comparativamente, das 2 parturientes que utilizaram *playlist* própria, 1 parturiente era nulípara e 1 parturiente era primípara. Averigua-se, deste modo que em todos os grupos metade das parturientes eram nulíparas. Tendo em consideração que, na fase ativa do 1º estágio do TP (dos 4 aos 10 centímetros de dilatação), a dilatação nas nulíparas evolui a uma progressão de 1,2cm/h (em média), este teria a duração aproximada de cinco horas, apesar de reconhecer que existem fases de desaceleração do TP que poderá prolongar-se até mais três horas, tal como referenciado por Machado (2012). Portanto, embora tenha observado uma maior duração da fase ativa nas parturientes que utilizaram rádio comparativamente às que utilizaram a *playlist* elaborada, nenhum dos grupos apresentou TP estacionário nesta fase, podendo, assim, corroborar a ideia de Tabarro *et al* (2010) que afirmam que a utilização da música na parturiente contribui para uma evolução mais natural do TP, bem como, de Manrique (2015) que demonstra no seu estudo, que a utilização da música durante o TP diminui a duração da fase ativa do 1º estágio do TP.

No que concerne ao 2º estágio do TP, Machado (2012) defende que a duração normal desta fase pode ir dos quinze minutos (para as múltiparas) até aos sessenta minutos (para as nulíparas), denotando-se que nas parturientes que utilizaram a *playlist* elaborada a duração desta fase compreende esta duração (ou até ligeiramente menor), nas parturientes que utilizaram rádio esta duração prolongou-se para aproximadamente o dobro, porém suportando-me nas recomendações da Direção Geral de Saúde (2015) a duração do 2º estágio do TP

pode estender-se até três horas, quando as parturientes são nulíparas e realizaram analgesia epidural. No grupo de parturientes que utilizaram a sua própria *playlist*, constatou-se que a duração máxima do 2º estágio do TP foi até menor do que o descrito por Machado (2012). Então, referenciando novamente os autores supramencionados, a utilização da música no 2º estágio do TP parece contribuir para uma evolução natural, tal como descrito por Tabarro *et al* (2010), bem como, influenciar a sua duração, tal como refere Manrique (2015). Logo, confirma-se que nas parturientes que utilizaram a *playlist* elaborada com músicas adequadas, o 2º estágio teve uma duração ligeiramente menor ou igual à esperada, nas parturientes que utilizaram uma *playlist* própria a duração desta fase foi igual ou menor ao esperado, já nas parturientes que utilizaram rádio a duração desta fase foi igual ou superior ao esperado, podendo aqui relacionar a ideia de Browning (2000). Para este, a música para ser mais eficaz deverá ser feita uma sensibilização para a mesma durante a gravidez (*playlist* própria), bem como, deverá ter diferentes ritmos, sonoridades, intensidade e frequência de forma a adequar-se à evolução do TP, ideia partilhada por Gentz (2001) e acautelada na *playlist* elaborada. Nesta lógica, poder-se-á conjecturar que o prolongamento do 2º estágio do TP, nas parturientes que utilizaram rádio, possa relacionar-se com a falta de sensibilização das parturientes à música utilizada ou à utilização com ritmo/sonoridade não adequado a este momento. Contudo, esta associação necessita de excluir outras possibilidades que não foi possível averiguar, dada a particularidade de cada parturiente/TP.

Segundo Swanson, *estar com* significa estar emocionalmente presente com o outro, inclui presença transmitindo disponibilidade, não sobrecarregando o outro (Parker, 2001). Durante a prestação de cuidados utilizando a música, *estive com* a parturiente/família e pude observar que das 22 parturientes que cuidei com música durante o TP, todas optaram por realizar analgesia epidural em consonância com a utilização da música, destas 15 parturientes associaram também a utilização da bola de pilates, 10 parturientes aliaram a utilização do duche durante o TP e 9 parturientes utilizaram, ainda, a massagem/*effleurage*. De forma a envolver o convivente significativo, incentivava e instruía-o sempre a realizar a *massage/effleurage*, quer a parturiente estivesse em repouso no leito, quer estivesse a utilizar a bola de Pilates ou estivesse em posições verticais com o seu auxílio. Mais uma vez, aqui se denota a discordância entre a minha prática e o descrito na

literatura relativamente ao controlo e alívio da dor, pois todas as parturientes de quem cuidei associaram outros métodos de alívio da dor não farmacológico e tiveram, também, necessidade de utilizar métodos farmacológicos/analgesia epidural, o que poderá, eventualmente, relacionar-se com falta de divulgação deste método, condicionando o *manter a crença* neste, como meio de controlo da dor durante o TP.

Ainda ao *estar com* as parturientes no 2º estágio do TP, observei que das 22 parturientes que utilizaram a música neste período, 19 parturientes tiveram um parto eutócico e 3 parturientes tiveram um parto distócico (fórceps e ventosa), o que parece convergir com o referido pela literatura, na qual é descrito por Tabarro *et al* (2010) que a utilização da música contribui para uma evolução mais natural do TP, ou seja, diminui a probabilidade de um parto distócico. Destes 3 partos distócicos, 2 parturientes estavam a utilizar rádio e 1 parturiente estava a utilizar a *playlist* elaborada/disponibilizada, podendo supor alguma relação entre o estilo musical e o parto distócico, não descartando outras influências, nomeadamente, a bacia materna, o tamanho do feto, o plano da apresentação, a variedade fetal, a utilização de analgesia epidural, a posição materna durante o parto e as forças voluntárias e involuntárias (contrações), que é difícil relacionar dado a individualidade de cada parturiente.

Quanto às experiências das parturientes que foram cuidadas com recurso à música durante o TP, das 22 parturientes, 9 parturientes referiram que a música ajudou no relaxamento e que diminuiu a tensão muscular, tal como sugere Campos (2015), havendo relatos de “*ajudou-me a relaxar, ajudou mesmo*” (P12). Das 22 parturientes, 16 parturientes referiram que proporcionou maior tranquilidade/menor insegurança, tal como exposto por Campos (2015), Browning (2010) e em Tabarro, *et al* (2010), com referência a relatos de “*foi bom, um ambiente calmo estava mais tranquila, mais confiante*” (P8). Nenhuma das 22 parturientes fez referência ao alívio da dor, pois todas utilizaram medidas de alívio da dor farmacológicas, nomeadamente, a analgesia epidural, à qual associaram o alívio da dor durante o TP. Das 22 parturientes, 7 parturientes fizeram referência que a música auxiliou a manter o foco, tal como apresentado por Gentz (2001) e Browning (2000) e com relatos de “*a música ajudou-me a estar mais calma e concentrada na força, sim*” (P21). Das 22 parturientes, 3 parturientes fizeram referência à indução do

movimento/esforços expulsivos, tal como, indica Gentz (2001), expondo que “e, mesmo no parto, ajudou-me a fazer força, a manter-me concentrada” (P14). Das 22 parturientes, 14 parturientes referiram maior satisfação e a influência da música no ambiente, tal como alegado por Gentz (2001), Browning (2000), Tabarro *et al* (2010) e por Simavli *et al* (2014), relatando que “foi bom, um ambiente calmo e estava mais tranquila, foi lindo” (P15), e, ainda, 1 parturiente referiu a menor duração do TP, tal como demonstrado por Manrique (2015) relatando que “foi uma boa experiência, foi muito rápido” (P17). Relativamente à progressão mais favorável e natural do TP pude observar, das 22 parturientes que utilizaram a música, 19 parturientes tiveram um parto eutócico e 3 parturientes tiveram um parto distócico, indo ao encontro do defendido por Tabarro *et al* (2010).

Visto isto, optei, ainda, por questionar no final as parturientes se consideravam que a utilização da música durante todo o TP as ajudou no período expulsivo, sendo que 4 parturientes responderam-me claramente que não consideram que ajudou neste momento, 3 parturientes referiram-me não saber dar uma resposta a esta pergunta e 15 parturientes reponderam que sim, consideram que a utilização da música durante todo o TP tem vantagens e isso repercutiu-se no período expulsivo, ajudando-as de diversas formas, umas estando mais tranquilas, outras com a realização de esforços expulsivos, outras na sua concentração nesse momento e outras, ainda, pelo simples facto da influência que tem no ambiente, tornando este momento mais agradável, referindo satisfação com a utilização deste método. Neste sentido, constatei na minha prática que a maioria das parturientes que utilizou a música durante o TP ficou satisfeita com este método, pois aumentou o seu bem-estar durante este período, conforme identificado por Browning (2000), Tabarro *et al* (2010) e Simavli *et al* (2014).

Não posso deixar de referir que, durante a implementação deste projeto, prestei cuidados respeitando sempre os valores éticos referentes à profissão, nomeadamente, promovendo o respeito, a dignidade, a privacidade, a autonomia e o consentimento informado e esclarecido da cliente/família para a sua livre tomada de decisão relativamente aos cuidados prestados e à utilização da música durante o TP.

4. REFLEXÃO FINAL

Com o presente relatório procurei demonstrar o percurso que me permitiu alcançar os conhecimentos e competências inerentes ao EEESMO e, cumulativamente, ao grau de mestre. Analisando as atividades desenvolvidas, tendo em consideração os objetivos a que me propus, estes foram atingidos e contribuíram para desenvolver competências para a prestação de cuidados à mulher, durante o seu ciclo reprodutivo, de acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica (OE, 2010) e do ICM (2013). Associado ao desenvolvimento de competências específicas de EEESMO, desenvolvi as competências conducentes ao grau de mestre ao integrar na minha prestação de cuidados conhecimentos provenientes da evidência científica em situações novas e complexas, realizando uma análise reflexiva sobre os mesmos.

Durante a minha prestação de cuidados tive em consideração os benefícios da utilização da música no 2º estágio do TP, promovendo-os com o intuito de proporcionar satisfação e bem-estar à mulher/família. A utilização da música no TP parece, assim, ter tido algum efeito benéfico no tipo de parto (mais partos eutócicos), como menciona Tabarro *et al* (2010) mas, sobretudo, no proporcionar uma experiência positiva com maior bem-estar e satisfação da mulher/família, o que vai ao encontro do mencionado por Browning (2000), Tabarro *et al* (2010) e Simavli *et al* (2014). Relativamente à sua utilização como método de alívio da dor não foi possível reconhecer os seus efeitos nas parturientes a quem prestei cuidados, pelo facto de todas terem associado analgesia epidural. Observei, também, que ao utilizar a música durante o TP não se verificou em nenhuma parturiente TP prolongado, tal como defende Manrique (2015).

Constatarei, ainda, que as parturientes têm pouca informação sobre os benefícios deste método, nomeadamente, para o 2º estágio do TP, pelo que deverá ser difundido pelos EEESMO, nas consultas de VGBR, possibilitando à mulher/família tomar decisões informadas e esclarecidas. A música deverá, assim, ser escolhida pela mulher, de forma orientada e ter diferentes ritmos/sonoridade, de forma a adequar-se à evolução do TP, sendo aconselhável realizar sensibilização para as músicas durante a gravidez, o que constituiu uma dificuldade neste projeto.

Não poderei deixar de realçar que os conhecimentos desenvolvidos durante este ER demonstram a importância da investigação para a melhoria contínua dos cuidados, adequando-os ao cliente. Nesta lógica, observa-se que a música contribui não só para o bem-estar e satisfação da parturiente mas, também, parece estar relacionada com maior número de partos eutócicos e menor prevalência de TP estacionário, o que poderá constituir uma base para futuras investigações, nomeadamente, sobre a influência dos diferentes ritmos/sonoridades nos diversos estádios do TP e/ou até como construir-se música adequada durante o TP (por exemplo, em parceria com uma musicoterapeuta), podendo trazer ainda mais benefícios para a parturiente/família, perspetivando sempre a melhoria contínua da prática dos cuidados dos EEESMO. Face a estes efeitos benéficos constata-se, então, a necessidade de incluir na formação dos EEESMO estes conhecimentos para que possam ampliar a suas competências oferecendo às parturientes/famílias alternativas eficazes que vão ao encontro das suas expectativas. Isto permite considerar para a enfermagem enquanto disciplina a inclusão de conhecimentos provenientes de outras áreas que proporcionam um desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

O facto de desenvolver uma temática que contribui para a qualidade dos cuidados percebidos pela mulher, proporcionando bem-estar e satisfação, foi um momento de grande aprendizagem, visto que a relação que se estabeleceu com a parturiente/família permitiu-me desenvolver não só profissionalmente, mas também relacional e comunicacionalmente. Também, no que concerne à elaboração da metodologia e implementação de um projeto, foi uma aprendizagem relevante como competência de futura EEESMO, pois enquanto especialista na área, estes deverão dinamizar projetos que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados (OE, 2010).

Tendo presente que o EEESMO é responsável por desenvolver competências que permitam prestar cuidados de qualidade à mulher/família, pretendo continuar a contribuir para melhorar a prestação de cuidados à mulher/família, proporcionando medidas que promovam a sua satisfação e bem-estar. Neste sentido, pretendo difundir os benefícios da utilização da música durante o TP em contexto de formação em serviço, em jornadas e congressos, bem como, durante a minha prestação de cuidados, continuando a desenvolver a temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood M. (Ed) (2014)., *Nursing Theorists and Their Work* (8ªed.). Missouri: Elsevier mosby
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal: documento de consenso*. Lisboa: Lusociência.
- Aveiro, C. & Velosa, T. (sd). *A dor em obstetrícia*. (Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem apresentados à Ordem dos Enfermeiros). Acedido a 23-05-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf
- Barradas, A. & Salgueiro, E.; (2013). *Episiotomia: realização seletiva ou rotineira – Indicador de evidência*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica -Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25-07-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Barradas, A.; Torgal A. L.; Gaudêncio, A. P.; Prates, A.; Madruga, C.; Clara, E.; ... (2015). *Livro de bolso – enfermeiros especialista em saúde materna e obstetrícia/parteiras*. Acedido a 09-09-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf. Acedido a 03/04/2017
- Barros, S. (2006). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: Editora Manole Ltda
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência

- Bolander, V. R. (1998). *Sorensen e Luckmanne Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta
- Brandão, S. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.16/1384>
- Bréscia, V. (2009). A música como recurso terapêutico. In *Encontro paranaense, congresso brasileiro de psicoterapias corporais XIV, IX, 2009*. Curitiba, 2009. Acedido a 05-05-2016. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202009/BRESCIA,%20Vera%20Pessagno%20-%20A%20musica%20como%20recurso.pdf>
- Browning, C. (2000). Using music during childbirth. *Birth* 27(4): 272-276. Academic Search Complete Database. Acedido a 23-05-2016. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2000.00272.x
- Campos. M. (2015). Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. *Metas Enfermería* 18(8):56-61. Acedido a 23-05-2016. Cinahl Database Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=e4ad7f48-a7bd-45bb-a637-61f3dcd72f17%40sessionmgr101>
- Cardoso, M.C. (2012). Síndromes hemorrágicas da gravidez avançadas e do pós-parto. In Graça, L.M. (2012). *Medicina materno-fetal* (4ª ed). (pp.413-425) Lisboa: Lidel
- Carvalho. S. (2011). *Terapia da música e do som – em crianças com necessidades educativas especiais*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP <http://hdl.handle.net/10400.14/8836>

- Córdoba, A.M.G.; Oliveira, C.A.; Braga, A.; França, B.C. & Sá, R.A.M.; (2011). Métodos de vigilância fetal intraparto. *FEMINA*. 39 (12), 555-561. Acedido a 06-06-2017. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2975.pdf>
- Costa, C. (1995). *Musicoterapia para deficientes mentais – noções básicas, prática e exercícios*. [s.l]: Clio editor
- Direção Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Acedido a 04-04-2016. Direção geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Fatia, A. & Tinoco, L.; (2016). Trabalho de parto. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M.; (Coord). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.308-320). Lisboa: Lidel
- Ferreira, A.F.; (2016). Fisiologia do puerpério. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M.; (Coord). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.438-442). Lisboa: Lidel
- Franco; S.; Calafatinho, D.; Abade, L.; Ornelas, M. & Oliveira, S. (2014). O contacto pele a pele na sala de partos. *Jornal da Madeira*. Acedido a 25-07-2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/Artigo%20-%20O%20Contacto%20Precoce%20Pele%20a%20Pele%20na%20Sala%20de%20Partos%20abril2014%20-%20C%C3%B3pia.pdf>
- Freitas, M.J.S.. & Baptista, M.C.D.; (2016). Adaptação à vida extrauterina – Cuidados ao recém-nascido. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M.; (Coord). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 486-486). Lisboa: Lidel

Gentz, B. (2001). Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical obstetrics and gynecology* 44 (4): 704-732. Medline Database. Acedido a 23-05-2016. **DOI:** 10.1097/00003081-200112000-00010

Godinho, N. (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – Normas APA e ISSO 690 (NP 405)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido a 15-07-2017 Disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/F73BBE62-0B22-4C69-B0F4-AD0D77E0CF07/0/GuiaOrientadorvs2017_2501.pdf

Graça, L.M. (2012). *Medicina materno-fetal* (4ª ed). Lisboa: Lidel

International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido a 15-07-2016. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's manual 2015 – Methodology for JBI reviewer's*. Acedido a 25-04-2016. Disponível em http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Joint Quality Initiative (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards*. Acedido a 25-07-2017. Disponível em <https://www.nvao.net/system/files/pdf/Dublin%20Descriptors.pdf>

Kitzinger, S. (1984) *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget

- Leenskjold, S.; Høj, L. & Pirhonen, J. (2015). Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Danish Medical Journal*. 62(5). 1-5. Acedido a 25-07-2017. Disponível em http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2015/DMJ_2015_05/A5075
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2006). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed). Loures: Lusodidacta
- Machado, M.H. (2012). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In Graça, L.M. (2012). *Medicina materno-fetal* (4ª ed). (pp.320-338) Lisboa: Lidel
- Manrique M. (2015). *Efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante Abril-Junio 2015*. Tese de Licenciatura. Acedido a 23-05-2016. Disponível em http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4360/1/Minaya_mm.pdf
- Marques, J.B. & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros, uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24. 613-620. Acedido a 25-07-2017 Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). *Parecer nº 13 / 2012 – Realização de cardiocotografia*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25-07-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer13_MCEES MO.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2013). *Projeto maternidade com qualidade*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23-05-2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>

Moniz, C. & Graça, A.M. (2012). Reanimação do recém-nascido na sala de partos: conceitos e atitudes. In Graça, L.M. (2012). *Medicina materno-fetal* (4ª ed). (pp.365-371) Lisboa: Lidel

Monteiro, F. & Leite, C.F.; (2016). Estados hipertensivos da gravidez. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M.; (Coord). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.182-199). Lisboa: Lidel

Néné, M.; Marques, R.& Batista, M.; (Coord) (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel

Oliveira, M.; Oselame, G.; Neves, E. & Oliveira, E. (2014). Musicoterapia como ferramenta no setor da saúde: uma revisão sistemática. *Revista da universidade vale do rio verde*, 12(2): 871-878
DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1739>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 15-06-2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 15-06-2016
Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25-03-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genebra: OMS. Acedido a 22-03-2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Organização Mundial de Saúde (2009). *Iniciativa hospital amigo dos bebés: Promover e incentivar a amamentação - Manual do promotor*. São Paulo: Instituto da Saúde, SES (Tradução do original em inglês *Baby-Friendly hospital initiative breastfeeding counselling: A training course - Participant manual* Genebra: WHO/UNICEF)

Oxorn, H. (1989). *Trabalho de parto*. (5ª ed). São Paulo: Livraria Roca Ltda

Parker, M. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Pereira, S. (2015). A utilização da música, cor, aromas no trabalho de parto. In / *Congresso Internacional de Saúde Materna*. Lisboa: 26 e 27 Maio de 2015. Acedido a 15-06-2016 Disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/2A5DECA7-E259-421F-A31E-E6C141D229C9/0/ebook_ci_saude_materna.pdf

Pousa, O.; (2012). *Saberes e competências do pai, com preparação para o parto durante o trabalho de parto: contributos para a prática de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/9362>

Regulamento nº 122/2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2º Série*. Nº35 (18-02-2011) 8648-8653. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Regulamento nº 127/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. *Diário da República 2º Série*. Nº35 (18-02-2011) 8662-8666. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Rezende, J. (1995). *Obstetrícia*. (7ª ed). Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan SA

Ribeiro, L. (2014). *Contributo da visita domiciliária do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, para os cuidados maternos prestados ao recém-nascido, nos seus primeiros 28 dias de vida*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=liPKBTaV>

Rodrigues, A.; Silva, C.; Bento, C.; Lourenço, P. & Charepe, Z (2004). *A influência da utilização da música na pessoa submetida a cirurgia cardíaca*. Coimbra: Formasau

Santos, E.; Varela, J. & Varela, V.; (2013). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto e parto – Indicador de evidência..* Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica -Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23-05-2016Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Santos, M.J.F. & Baptista, M.C.D.; (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In Néné, M.; Marques, R.; Batista, M.; (Coord). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp.455-472). Lisboa: Lidel

Santos, S. & Graça, L.M. (2012). Rotura prematura das membranas. In Graça, L.M. (2012). *Medicina materno-fetal* (4ª ed). (pp.446-455) Lisboa: Lidel

Silva, M.J. (2013). O poder da comunicação em enfermagem. *Jornal da Madeira*. Acedido a 25-07-2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20Poder%20da%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20na%20Enfermagem%20-%20Enfermeira%20Maria%20Jos%C3%A9%20Silva%20Enf%20Especialista%20SMO.pdf>

Silva, M.J.E. (2012).O papel da enfermagem em medicina materno-fetal. In Graça, L.M. (2012). *Medicina materno-fetal* (4ª ed). (pp.162-167) Lisboa: Lidel

- Simavli, S; Kayguruz,, I.; Gumus, I.; Usluogullari, B. Yildirim, M. & Kfali, H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of affective disorders*. 125:194-199. Acedido a 23-05-2016. Cinahl Database. **DOI:** 10.1016/j.jad.2013.12.027
- Sousa, A. (2013). *Música e saúde: uma arte ao serviço da ciência médica*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10216/71744>
- Tabarro, C.; Campos, L.; Galli, N.; Novo, N. & Pereira, V. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista da escola de enfermagem de USP* 44(2): 445-452. Acedido a 23-05-2016. Medline Database. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200029>
- Trindade, A.; Pires, A., Condeça, A, & Santos, E. (1999). Música e sentimentos no trabalho de parto. *Enfermagem em foco*. 34: 37-44
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra*. (5ª ed.) Loures: Lusodidacta
- Wojnar, D. (2014). Kristen M. Swanson: Theory of Caring. In Alligood M. (Ed.). *Nursing Theorists and Their Work* (8ªed.) (p.688-696). Missouri: Elsevier mosby

APÊNDICES

Apêndice I

Estratégias de pesquisa nas bases de dados

Tabela nº1. Pesquisa na base de dados Cinahl

Search ID	Search Terms	Results
S1	Labor stage, second (indexado)	613
S2	Childbirth (indexado)	5,514
S3	Delivery, obstetric (indexado)	6,797
S4	Music (indexado)	6.275
S5	Music therapy (indexado)	3,384
S6	S1 or S2 or S3	12,488
S7	S4 or S5	9,379
S8	S6 and S7	21

Tabela nº2. Pesquisa na base de dados Medline

Search ID	Search Terms	Results
S1	Labor stage, second (indexado)	1,154
S2	Natural childbirth (indexado)	2,271
S3	Delivery, obstetric (indexado)	24,106
S4	Parturition (indexado)	6.339
S5	Music (indexado)	11,549
S6	Music therapy (indexado)	2,271
S7	S1 or S2 or S3 or S4	32,160
S8	S5 or S6	13,787
S9	S7 and S8	15

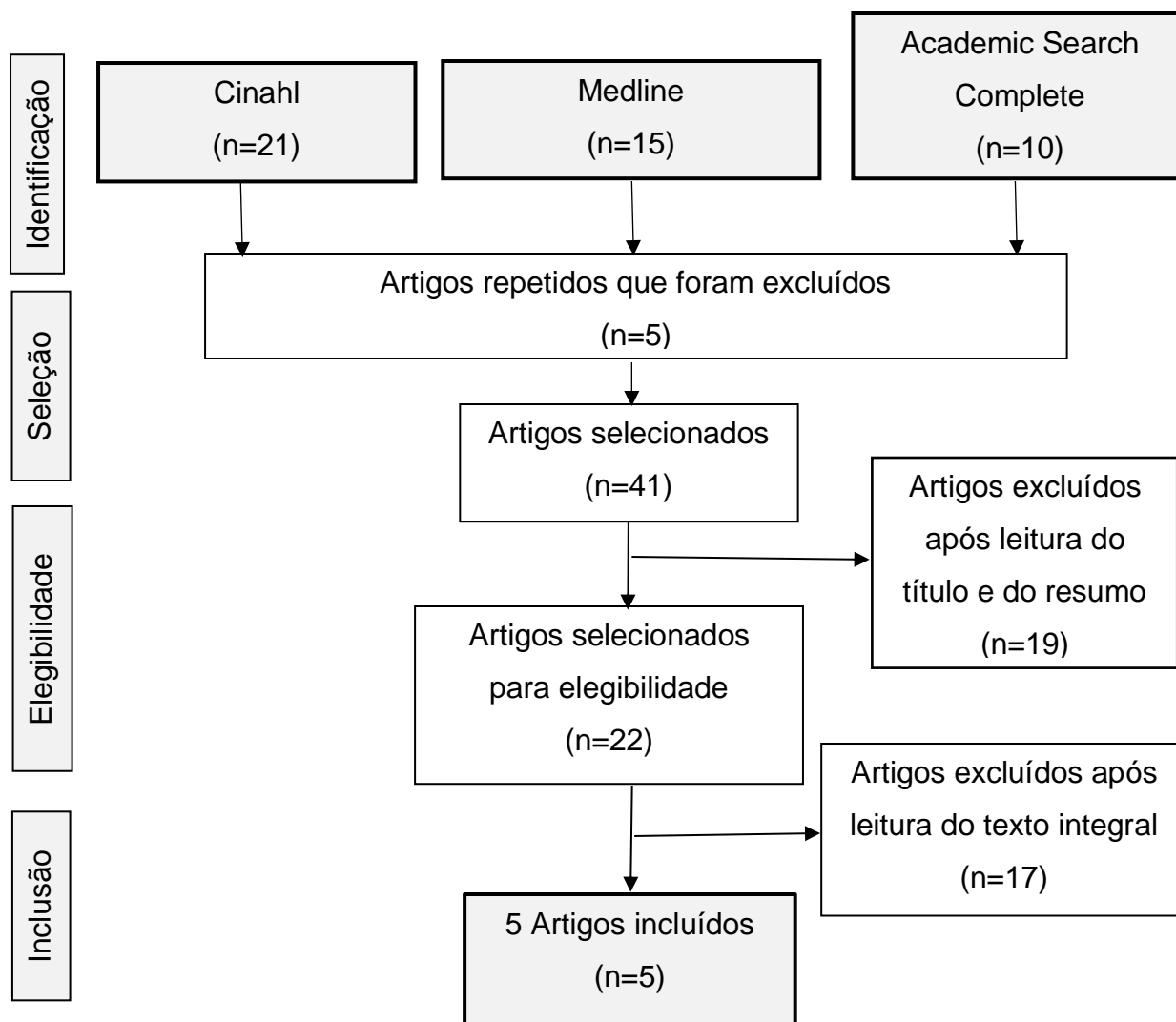
Tabela nº3. Pesquisa na base de dados Academic Search Complete

Search ID	Search Terms	Results
S1	Labor (obstetric) (indexado)	3,477
S2	Childbirth (indexado)	9,412
S3	Delivery (obstetric) (indexado)	6,510
S4	Parturition (indexado)	1,377
S5	Music (indexado)	90,711
S6	Music therapy (indexado)	1,958
S7	S1 or S2 or S3 or S4	18,505
S8	S5 or S6	92,394
S9	S7 and S8	10

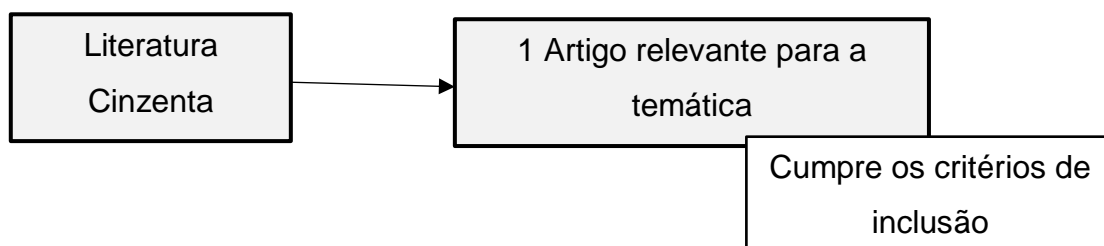
Apêndice II

Fluxogramas de seleção dos artigos

Fluxograma n°1. Seleção dos artigos das bases de dados



Fluxograma n°2. Seleção dos artigos da literatura cinzenta



Apêndice III

Artigos selecionados para a extração de dados

Tabela nº4. Artigos selecionados para a extração de dados

Título	Autores (Ano) País	Base de dados	Tipo de estudo	Amostra
Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health	Simavli, S; Kayguruz,, I.; Gumus, I.; Usluogullari, B. Yildirim, M. & Kafali, H. (2014) <i>Turquia</i>	Cinahl	Quantitativo Randomizado	141 primíparas
Effects of music therapy during pregnancy and labor	Campos. M. (2015) <i>Espanha</i>	Cinahl	Revisão integrativa	4 artigos
Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery	Gentz, B. (2001) <i>Estados Unidos da América</i>	Medline	Artigo de opinião	-----.
Effect of the music in labor and newborn	Tabarro, C.; Campos, L.; Galli, N.; Novo, N. & Pereira, V. (2010) <i>Brasil</i>	Medline	Qualitativo	12 Puérperas
Using music during childbirth	Browing, C. (2000) <i>Canada</i>	Academic Search Complete	Qualitativo	11 Puérperas
Efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante Abril-Junio 2015.	Manrique M. (2015). <i>Peru</i>	Literatura Cinzenta	Quantitativo Observacional	60 parturientes

Apêndice IV

Extração de dados do artigo "Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health"

JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Reviewer: Carla Valente

Date. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health

Author: Serap Simavli; IKbal Kayguruz, Ilknur Gumus, Betul Usluogullari, Melahat Yildirim & Hasan Kafali.

Year: 2014

Journal: Journal of Affective Disorders

Record Number: 156

Study Method

RCT

Quasi-RCT

Longitudinal

Retrospective

Observational

Other

Participants

Setting: Turgut Ozal University School of Medicine, Ankara Turkey.

Population: Mulheres primíparas com idade gestacional de 36 semanas, que se deslocaram ao departamento de obstetrícia e ginecologia do Turgut Ozal University, para cuidados pré-natais

Sample Size : 141 primíparas

Intervention 1: Grupo de intervenção (Total de 71) – parturientes que utilizaram a música entre os 2cm de dilatação até ao final do 3º estágio do trabalho de parto.

Intervention 2: Grupo de controlo (Total de 70) - Parturientes não utilizaram a música durante o trabalho de parto.

Outcome description	Scale/measure
Ansiedade	Escala visual analógica
Dor	Escala visual analógica
Satisfação	Escala visual analógica
Depressão pós- parto	Escala de depressão pós-parto de Edimburgo

Resultados com diferença significativa

Outcome	Intervention 1	Intervention 2
<p>Depressão pós parto (Escala de depressão pós-parto de Edimburgo)</p> <p>1º dia</p> <p>8º dia</p>	<p><u>Menor taxa de depressão</u> (minor – major)</p> <p>15,5% - 5,6%</p> <p>12,7% - 5,6%</p>	<p><u>Maior taxa de depressão</u> (minor – major)</p> <p>31,4% - 17,1%</p> <p>35,7% - 18,6%</p>
<p>Satisfação: (escala analógica)</p> <p>2h</p> <p>12h</p> <p>24h</p>	<p><u>Maior satisfação</u> (pontuação)</p> <p>8,32</p> <p>8,75</p> <p>9,69</p>	<p><u>Menor satisfação</u> (pontuação)</p> <p>5,67</p> <p>6,12</p> <p>6,77</p>
<p>Intensidade da dor no pós-parto (escala analógica)</p> <p>1h</p> <p>4h</p> <p>8h</p> <p>16</p> <p>24h</p>	<p><u>Menor intensidade da dor</u> (pontuação)</p> <p>3,29</p> <p>3,10</p> <p>2,74</p> <p>2,33</p> <p>2,17</p>	<p><u>Maior intensidade da dor</u> (pontuação)</p> <p>5,42</p> <p>4,58</p> <p>4,22</p> <p>3,39</p> <p>3,30</p>
<p>Ansiedade no pós-parto (escala analógica)</p> <p>1h</p> <p>4h</p>	<p><u>Menor ansiedade no pós-parto</u> (pontuação)</p> <p>3,30</p> <p>2,74</p>	<p><u>Maior ansiedade no pós-parto</u> (pontuação)</p> <p>4,48</p> <p>4,24</p>

8h	2,28	3,31
16	1,65	2,75
24h	0,88	2,30

Conclusão dos autores: A utilização de música durante o trabalho de parto tem um impacto positivo no bem-estar da mulher no pós-parto. A utilização da música foi um método eficaz para a redução da dor e da ansiedade no pós-parto, melhorando a satisfação com o parto e pós-parto precoce, reduzindo a taxa de depressão em comparação com o grupo de controlo. A música pode ser assim clinicamente recomendada como alternativa segura, de fácil implementação e sem efeitos colaterais para o alívio da dor e manutenção da saúde mental no pós-parto.

Comentário: Verifica-se no presente estudo a influência do uso da música durante o trabalho de parto e os seus benefícios para as puérperas no pós-parto. Assim, nas parturientes que utilizaram música durante o parto existe uma menor taxa de depressão pós-parto, verificando-se uma maior satisfação da puérpera com o parto e o pós-parto. Estas são puérperas que referem menor intensidade da dor no pós-parto, bem como apresentam menor níveis de ansiedade neste período. Assim, pode-se constatar que os benefícios do uso da música durante o trabalho de parto, não se evidenciam apenas neste período mas prolonga-se para o pós-parto, melhorando os níveis de saúde da mulher.

Apêndice V

Extração de dados do artigo “Effects of music therapy during pregnancy and labor”

Adaptado de JBI Data Extraction form for evidence

Reviewer: Carla Valente

Date. *Effect of music therapy during pregnancy and labor*

Author: Marta Campos

Year: 2015

Journal: Revista Metas enfermagem

Record Number: 18 (8)

Method	Revisão integrativa
Methodology	Pesquisa bibliográfica na base de dados entre Janeiro de 2004 e Julho de 2014 com os termos “ <i>pregnancy</i> ”, “ <i>delivery</i> ”, “ <i>obstetric labor</i> ”, “ <i>childbirth</i> ”, “ <i>newborn</i> ” e “ <i>music therapy</i> ” e utilizando os operadores booleanos “ <i>and</i> ” e “ <i>or</i> ”.
Interventions	Analisar e discutir a melhor evidência disponível sobre os efeitos da musicoterapia durante a gravidez e parto.
Setting	Base de dados pubmed, cuiden, cinahl, scielo, lme, Enfispo, Ebsco Host, Lilacs, Dialnet, Latindex, Cochrane library Portal evidence.
Geographical	Não se aplica.
Cultural	Não se aplica.
Participants	4 Estudos incluídos (1 estudo qualitativo e 3 estudos quantitativos randomizados).
Data analysis	Os estudos analisados tinham como objetivos: Verificar o efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido quando expostos às mesmas melodias ouvidas pela mãe durante a gravidez; Investigar o efeito da musicoterapia sobre a ansiedade nas mulheres grávidas que se encontram em repouso; Investigar os efeitos da música na dor e ansiedade durante o

	<p>trabalho de parto em mulheres nulíparas;</p> <p>Provar os efeitos de um programa de massagem nas mudanças fisiológicas do limiar de dor desde o final da gravidez até ao parto (massagem vs música).</p>
<p>Author's conclusions</p>	<p>Evidenciam-se diversos efeitos na escuta de música, tais como o alívio da dor durante as contrações, a redução da tensão muscular e a diminuição da ansiedade e do medo. A musicoterapia provoca nas mulheres sensações de segurança, tranquilidade, relaxamento e calma. Demonstra-se, ainda, que, a terapia musical proporciona benefícios psicológicos quantificáveis para as mulheres durante o parto.</p> <p>Os recém-nascidos expostos à música evidenciaram reações positivas quando reconheceram as melodias escutadas previamente. Os principais efeitos foram que ao escutarem a músicas, os recém-nascidos acalmavam-se e dormiam.</p>
<p>Reviewer's conclusions</p>	<p>Parece existir evidência de efeitos positivos do uso da música durante o trabalho de parto, nomeadamente, no alívio da dor durante as contrações, na redução da tensão muscular da parturiente e na diminuição da ansiedade. A música transmite à parturiente sentimentos de segurança, tranquilidade, relaxamento e calma necessários durante o processo de trabalho de parto, o que evidência os benefícios psicológicos para a parturiente, permitindo a esta ter uma papel ativo no seu trabalho de parto.</p> <p>Os RN reconhecem as melodias utilizadas previamente e acalmam-se quando as escutam.</p>

Apêndice VI

Extração de dados do artigo “Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery”

JBI Data Extraction for e narrative, expert opinion and text

Reviewer: Carla Valente

Date. *Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery*

Author: Brenda Gentz

Year: 2001

Journal: Critical obstetrics and gynecology

Record Number: 44 (4)

STUDY DESCRIPTION

Type of text: Artigo sobre as diferentes terapias alternativas para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

Those represented: University of Arizona Health Sciences Center

Stated allegiance/ position: Brenda Gentz é professora assistente de anestesiologia clínica da University of Arizona Health Science Center

Setting: Artigo publicado na revista critical obstetrics and gynecology, 2001

Geographical: Estados Unidos da América

Cultural: A autora procura descrever as diferentes terapias alternativas para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, incidindo sobre a técnica e os efeitos das mesmas.

Logic of argument:

A medicina convencional tem oferecido, em geral apenas medidas analgésicas tradicionais como administração de opióides intravenosos, analgesia epidural, bloqueio do pudendos e anestesia local, sendo que as medicinas alternativas ou métodos complementares raramente são discutidos.

Isto acontece, não porque os profissionais são opositores às medicinas alternativa, mas pela falta de conhecimento sobre o tipo de alternativas disponíveis. Assim, as clientes interessadas nas mesmas poderão necessitar de apoio do obstetra ou do médico assistente como forma de aprofundar os seus conhecimentos.

Data analysis: São analisadas e descritas as diferentes terapias alternativas, nomeadamente, estimulação elétrica nervosa transcutânea, bloqueio com água estéril, aromoterapia, toque terapêutico, massagem, acupressão, reflexologia, hidroterapia, hipnose e musicoterapia.

Authors conclusions: Em obstetrícia e ginecologia, a música pode ser utilizada como sedativo para promover o relaxamento durante o 1º estágio do trabalho de parto (utilizando música lenta/calma) e durante o 2º estágio do trabalho de parto pode ser utilizada para estimular e promover o movimento. Uma música com batida constante deverá ser colocada a tocar, quando requerido esforço físico.

Durante o trabalho de parto o uso da música está associado ao autocontrole, relaxamento, concentração e cria um ambiente melhor.

Reviewers comments: Da leitura deste artigo verifica-se que a música poderá induzir o movimento, sendo um auxílio benéfico para a mulher durante o 2º estágio do trabalho de parto. No entanto, a música terá que ser adequada a este estágio, devendo ser ritmada e constante.

É referido, ainda, como efeitos da utilização da música durante o TP, o autocontrole da parturiente, o relaxamento, o auxílio na concentração, bem como, a influência no ambiente, melhorando-o.

Apêndice VII

Extração de dados do artigo "Effect of the music in labor and newborn"

JBI Data Extraction form for evidence qualitative

Reviewer: Carla Valente

Date. *Effect of the music in labor and newborn*

Author: Camila Tabarro, Luciane Campos, Natália Galli, Neil Novo & Valdina Pereira.

Year: 2010

Journal: Revista Escola Enfermagem USP

Record Number: 44(29)

Method	Estudo qualitativo.
Methodology	Entrevista gravada e posteriormente transcrita e analisada, determinando unidades de significação e categorizando-as.
Interventions	Sensibilização para a música durante a gravidez e utilização da mesma durante o trabalho de parto.
Setting	Mulheres que frequentaram as Unidades Básicas de Saúde de Sorocaba e uma Unidade Básica de Saúde de Porto Feliz enquanto grávidas.
Geographical	Brasil.
Cultural	Existência de diversidade socio-cultural e de escolaridade entre as participantes
Participants	12 puérperas.
Data analysis	Das entrevista emergiram 3 categorias: - Sensações agradáveis (tranquilidade, paz, relaxamento, alívio da dor, segurança, calma, religiosidade); - Situações positivas (ambientalização, vínculo parturiente/profissional, apoio, estímulo, lembrança agradável do parto, saudade); - Efeito favorável da música (percepção pela puérpera da diferença entre o período com ou sem música).

<p>Author's conclusions</p>	<p>A análise do discurso das mulheres evidenciou efeitos surpreendentemente favoráveis em relação a aspetos importantes da vivência do trabalho de parto. Nenhuma parturiente solicitou a interrupção da música, pelo contrário todas manifestaram claramente o desejo de manter a música até ao final do parto. A música levou a uma evolução mais amena e eutócica do trabalho de parto, elevando o limite de tolerância à dor e ao desconforto da mulher. Foi ainda relatado pelas puérperas efeitos benéficos no recém-nascido, nomeadamente, que estes se acalmavam e dormiam quando reconheciam as melodias às quais foram expostos <i>in útero</i> (durante a sensibilização musical da grávida). Algumas mulheres, relataram mesmo a melhoria das cólicas e choro do recém-nascido quando ouviam as músicas.</p>
<p>Reviewer's conclusions</p>	<p>A música durante o trabalho de parto, permite à mulher vivencia-lo de forma mais tranquila e satisfatória. De facto, as mulheres que foram sensibilizadas para a música evidenciam agrado com a mesma pretendendo utiliza-la durante todo o processo e não só no 1º estágio como método de alívio da dor. Neste artigo, é manifestado que utilização da música, no trabalho de parto, permite uma progressão mais favorável e natural. É ainda referido os efeitos no recém-nascido, nomeadamente, no alívio das cólicas e do choro destes, acalmando-os e ajudando-os a dormir, quando expostos às músicas às quais as suas mães fizeram sensibilização durante a gravidez.</p>

Apêndice VIII

Extração de dados do artigo “Using music during childbirth”

JBI Data Extraction form for evidence qualitative

Reviewer: Carla Valente

Date: *Using music during childbirth*

Author: Caryl Browning

Year: 2000

Journal: Birth

Record Number: 27 (4)

Method	Estudo qualitativo
Methodology	Entrevista transcrita e posteriormente analisada.
Interventions	Sensibilização para a música durante a gravidez e utilização da mesma durante o trabalho de parto
Setting	Brantford General Hospital
Geographical	Canada
Cultural	---
Participants	11 Puérperas
Data analysis	As participantes consideraram a música adequada ao trabalho de parto, enquanto ritmo e tempo. Esta permitiu o relaxamento e a concentração. A música ajudou a distrair da dor, bem como, no controlo da respiração durante todo o trabalho de parto.
Author's conclusions	<p>A maioria das participantes responderam estarem satisfeitas com o uso da música durante o trabalho de parto.</p> <p>Aquelas que queriam aumentar o volume na sala de parto, sugerem que os profissionais de saúde devem melhorar os seus conhecimentos sobre a utilização música durante o trabalho.</p> <p>A música usada apropriadamente durante o parto não é invasiva, nem farmacológica e não tem efeitos</p>

	<p>negativos conhecidos. É uma técnica centrada na pessoa/família que dá à parturiente a sensação de controlo e relaxamento necessário. As participantes do estudo referiram o poder da música como influência do sistema corpo-mente e referiram terem tido uma experiência humana intensa, quando utilizaram as suas músicas no seu parto.</p> <p>No entanto, esta deverá ser uma escolha da mulher de forma assistida. A mulher deverá fazer sensibilização para a mesma, durante a gravidez e deverá ser variada em termos musicais e deverá, ainda, ser a parturiente a controlar a música que quer ouvir durante todo o processo.</p>
Reviewer's Conclusions	<p>É evidente a necessidade dos profissionais de saúde de compreenderem os benefícios da utilização da música durante o trabalho de parto. Esta está associada a um aumento da satisfação com o parto, pois proporciona um maior controlo de si e uma experiência mais tranquila. O uso da música é um método não invasivo, que não utiliza fármacos e sem efeitos negativos, que proporciona bem-estar à mulher. No entanto, para a sua eficácia deverá ser escolhida pela mulher de forma assistida ou do seu agrado, deverá ser escutada por esta durante a gravidez de forma a familiarizar-se com a mesma, deverá ter diferentes ritmos/sonoridade de forma a adequar-se à evolução do trabalho de parto e deverá ser sempre controlada pela mulher.</p>

Apêndice IX

Extração de dados do artigo “Efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante Abril-Junio 2015”

JBI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies

Reviewer: Carla Valente

Date. *Efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante Abril-Junio 2015.*

Author: Maria Manrique.

Year: 2015

Journal: Repositório de tesis digitales da Universidade Nacional Mayor de San Marcos

Record Number: ---

Study Method

RCT

Quasi-RCT

Longitudinal

Retrospective

Observational

Other

Participants

Setting: Instituto Nacional Materno Perinatal .

Population: Grávidas em trabalho de parto atendidas no Instituto Nacional Materno Perinatal entre Abril e junho de 2015

Sample Size : 60 parturientes

Intervention 1: Grupo de intervenção (Total de 30) – parturientes que receberam cuidados durante o trabalho de parto, utilizando a musicoterapia

Intervention 2: Grupo de controlo (Total de 30) - Parturientes que receberam cuidados durante o trabalho de parto não utilizando a musicoterapia

Outcome description	Scale/measure
Parâmetros vitais	Escala de razão
Características do trabalho de parto	Escala de razão
Dor durante o trabalho de parto	Escala campell/escala visual analógica
Efeito positivo da musicoterapia no TP	Escala nominal

Resultados

Outcome	Intervention 1	Interventio 2
Parâmetros vitais (média)	<u>Fase 5/7cm – Fase 8/10cm</u>	<u>Fase 5/7cm – Fase 8/10cm</u>
FC	82.33Bpm – 80.53Bpm	81.57Bpm – 83.20Bpm
FR	18.57c/min – 17.60c/min	19.43c/min - 19.17c/min
Temp	36.8°C- 36.8°C	36.9°C-37.0°C
Duração do trabalho de parto (média)	<u>Menor duração</u>	<u>Maior duração</u>
Período de dilatação	5.070 Horas	5.343 Horas
Período expulsivo	9.6 Minutos	10.7 Minutos
Intensidade da dor (escala de campel)	<u>Fase 5/7cm – Fase 8/10cm</u>	<u>Fase 5/7cm – Fase 8/10cm</u>
Sem dor	0%-60%	3.33% - 3.33%
Dor leve/moderada	0% - 23.33%	3.33% - 6.67%
Dor moderada/grave	66.67%- 16.67%	80.0% - 70.00%
Dor muito intensa	33.33% - 0%	13.33%-20.00%
Intensidade da dor (escala visual analógica)	<u>Durante todo o trabalho parto</u>	<u>Durante todo o trabalho parto</u>
Moderada	43.33%	0.00%
Intensa	56.67%	73.33%
Insuportável	0.00%	26.67%

Conclusão dos autores: A musicoterapia durante o trabalho de parto tem um efeito positivo na redução do tempo de dilatação e período expulsivo, assim como na diminuição da dor da parturiente. Relativamente aos parâmetros vitais, a frequência cardíaca e respiratória e a temperatura, durante a fase ativa dos 8 aos 10cm de dilatação foi menor no grupo que recebeu musicoterapia, do que no grupo de controlo. A duração da fase ativa foi menor para o grupo que recebeu musicoterapia. O período expulsivo foi menor nas parturientes que receberam musicoterapia, quando comparado com as parturientes que não receberam musicoterapia. Na fase ativa dos 8 aos 10cm destaca-se a referência a “sem dor ou dor leve a moderada” no grupo de parturientes que receberam musicoterapia, enquanto que no grupo que não receberam musicoterapia destaca-se a referência de “dor grave a muito intensa”, para a mesma fase. Devido aos efeitos positivos constatados, os profissionais de saúde que prestam cuidados às parturientes deverão ter uma participação ativa na implementação da música durante o trabalho de parto.

Comentário: Neste artigo é constatado os benefícios imediatos do uso da música durante o trabalho de parto. Assim, para além de influenciar o nível de dor experienciado pela parturiente, tem efeito sobre os seus parâmetros vitais, apresentando estas menor frequência cardíaca e no período entre os 8 e os 10cm do trabalho de parto, relativamente às parturientes que não utilizaram a música. Denota-se, ainda, que o uso da música durante o trabalho de parto pode diminuir o tempo das diferentes fases, nomeadamente, da fase ativa e do período expulsivo, sendo um aspeto positivo do uso da música neste período. Este autor referencia, ainda, que os profissionais de saúde da área, devem participar ativamente na implementação da música nas salas de parto.

Apêndice X

Quadro com resultados esperados, tarefas definidas e atividades planejadas

Resultado esperado	Tarefas	Atividades
Adquirir um corpo de conhecimentos para a prestação de cuidados	<p>Aprofundar conhecimento sobre os cuidados à mulher em saúde sexual e reprodutiva, ao longo do ciclo de vida</p> <p>Aprofundar conhecimento sobre os benefícios do uso da música no 2º estágio do trabalho de parto</p>	<p>Realizar pesquisa bibliográfica em bibliotecas universitárias (revistas e livros);</p> <p>Realizar pesquisa na base de dados;</p> <p>Realizar uma scoping review sobre os benefícios do uso da música no 2º estágio do trabalho de parto;</p> <p>Contactar com a associação de musicoterapia e com peritos da área;</p> <p>Identificar os benefícios da música no 2º estágio do trabalho de parto;</p> <p>Identificar a música adequada ao 2º estágio do trabalho de parto;</p> <p>Construir uma <i>playlist</i> adequada ao 2º estágio do trabalho de parto.</p>

Resultado esperado	Tarefas	Atividades
Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica	Promover a satisfação da mulher com a experiência do parto	<p>Identificar e respeitar as expectativas da mulher/família relacionadas com o parto e o trabalho de parto (conhecer);</p> <p>Identificar e respeitar a expectativa da mulher/família sobre o uso da música no trabalho de parto (conhecer);</p> <p>Contribuir para a tomada de decisão da mulher/família (possibilitar);</p> <p>Dar a conhecer os benefícios do uso da música durante o trabalho de parto (fazer por);</p> <p>Estabelecer com a mulher uma parceria no planeamento dos processos de cuidar, mobilizando a música (estar com);</p> <p>Envolver o convivente significativo no processo de cuidados (possibilitar);</p> <p>Realizar diários de aprendizagem durante os ensinamentos clínicos.</p>

Resultado esperado	Tarefas	Atividades
<p>Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO</p>	<p>Prestar cuidados e refletir sobre a prestação de cuidados à mulher em saúde sexual e reprodutiva ao longo do ciclo de vida</p>	<p>Conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de promoção da saúde pré-natal; - à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez; - à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. <p>Diagnosticar e monitorizar a gravidez;</p> <p>Informar e orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estilos de vida saudáveis na gravidez; - os sinais e sintomas de risco; - medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. <p>Promover o plano de parto, aconselhando e apoiando a mulher na sua decisão;</p> <p>Identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação;</p> <p>Avaliar o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.</p> <hr/> <p>Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;</p> <p>Identificar e monitorizar o trabalho de parto;</p> <p>Identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação;</p> <p>Conceber, planejar, implementar e avaliar as intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de promoção do conforto e bem-estar da mulher e convivente significativo (através da música); - de promoção da vinculação da díade/tríade; - adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto; - de suporte emocional e psicológico à parturiente/convivente significativo (utilizando a música); - à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o TP; <p>Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p>

Resultado esperado	Tarefas	Atividades
<p>Desenvolver competências comuns e específicas do EEESMO (continuação)</p>	<p>Prestar cuidados e refletir sobre a prestação de cuidados à mulher em saúde sexual e reprodutiva ao longo do ciclo de vida (Continuação)</p>	<p>Identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação; Informar e orientar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida; - Crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido; - Auto-cuidado e os cuidados ao filho, apoiando a mulher. <p>Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; - que potenciem a saúde da mulher após o parto; - de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo convivente significativo; - de recuperação pós-parto; - à mulher com complicações pós-parto; - corretivas ao processo de aleitamento materno.
		<p>Realizar consultas de enfermagem de vigilância da gravidez abordando com a grávida/família a possibilidade e benefícios do uso da música no trabalho de parto; Prestar cuidados de enfermagem à grávida internada sensibilizando-a para os benefícios da música durante o trabalho de parto e orientar a construção da <i>playlist</i>; Prestar cuidados à mulher/família durante o trabalho de parto, promovendo o uso da música de acordo com a preferência da parturiente/família e a situação clínica da cliente; Prestar cuidados à puérpera e recém-nascidos internados, identificando as experiências do parto com recurso à música; Realizar diários de aprendizagem.</p>

Resultado esperado	Tarefas	Atividades
Contribuir para a experiência positiva do parto através do processo de cuidar	Conhecer a mulher/família e as suas expectativas	Conhecer a mulher/família e identificar as suas expectativas relativamente ao parto; Identificar os conhecimentos da mulher/família sobre o uso da música no TP; Identificar a mulher/família que pretende utilizar a música durante o seu processo de parto; Abordar a mulher no puerpério, para conhecer a sua experiência com a música e adequar a <i>playlist</i> .
	Estar com a mulher/família na tomada de decisão	Estar com a mulher/família na preparação do seu plano de parto, apoiando-os e integrando a música: - Orientar a mulher/família para o uso da música no TP; - Incentivar a mulher a realizar a sua seleção musical para o TP; - Auxiliar a mulher/família na construção da sua <i>playlist</i> para o TP. Estar com a mulher/família durante o trabalho de parto e identificar necessidades; Identificar respostas da mulher/família à música durante o TP.
	Fazer pela mulher/família sempre que necessário	Avaliar se a seleção musical escolhida pela mulher/família é adequada ao estágio e fase do TP; Orientar a mulher/família na construção da sua <i>playlist</i> para o TP; Construir uma <i>playlist</i> adequada aos diferentes estádios do TP, a ser utilizada pela mulher/família quando estes não dispõem da própria.
	Possibilitar à mulher/família a sua transição de forma positiva	Dar a conhecer à mulher/família os benefícios do uso da música no TP; Sensibilizar a mulher/família para o uso da música durante o TP; Sensibilizar os profissionais de saúde para os benefícios do uso da música durante o TP; Possibilitar a utilização da música durante o TP, disponibilizando uma <i>playlist</i> adequada (sempre que a mulher/família não dispõe da própria); Identificar quando a música não reflete o efeito benéfico e possibilitar outra música, avaliando os seus efeitos.
	Manter a crença, acreditando e mantendo o otimismo	Manter a crença na capacidade de decisão da mulher/família relativamente ao seu TP: - Identificar com a mulher/família se a música está a ter o efeito desejado; - Propor alteração da música de acordo com a evidência científica (quando o efeito não é o desejado); - Dar feedback positivo à mulher/família durante o 2º estágio do TP, elogiando e incentivando em paralelismo com a música. Identificar o contributo da música durante o 2º estágio do TP; Identificar os benefícios do uso da música no TP percebidos pela puérpera.

Apêndice XI

Cronograma

Tarefas	EC II	ECIII	EC IV	Estágio com relatório
Aprofundar conhecimento sobre os cuidados à mulher em saúde sexual e reprodutiva, ao longo do ciclo de vida	✓	✓	✓	✓
Aprofundar conhecimento sobre os benefícios do uso da música no 2º estágio do trabalho de parto	✓	✓	✓	✓
Refletir sobre a prestação de cuidados à mulher em saúde sexual e reprodutiva ao longo do ciclo de vida	✓	✓	✓	✓
Promover a satisfação da mulher na experiência do parto	-----	✓	✓	✓
Conhecer a mulher/família e as suas expectativas	✓	✓	✓	✓
Estar com a mulher/família na tomada de decisão	✓	✓	✓	✓
Fazer pela mulher/família sempre que necessário	✓	✓	✓	✓
Possibilitar à mulher/família a sua transição de forma positiva	✓	✓	✓	✓
Manter a crença, acreditando e mantendo o otimismo	✓	✓	✓	✓

Apêndice XII

Instrumento de registo interação do Ensino Clínico II

Instrumento de registo de interação do Ensino Clínico II		
Codificação de identificação da cliente		
<u>Conhecer</u>	Idade da cliente	
	Índice obstétrico	
	Gosta de ouvir música	
	Estilo musical que gosta	
	Realizou preparação para o parto: - Foi abordado a utilização da música no TP	
	Preparou algumas músicas para o TP (Com orientação/conhecimento ou de forma aleatória) - Utilizou durante a gravidez (o que sentia/comportamento do feto)	
	Utilizou música durante o TP - A mesma da gravidez	
	Se sim, como foi a escolha da música: - <i>Playlist</i> própria (escolha orientada/aleatória); - <i>Playlist</i> da instituição; - Estação de Rádio disponibilizada - Estilo musical utilizado	
	Como foi a experiência: - Utilização durante 1º e 2º estágio do TP; - Com o mesmo estilo musical/diferente estilo musical - Durante a expulsão sentiu necessidade de vocalizar - Como foi a dor/ ansiedade	

<u>Estar com</u>	Identificar o estilo musical que foi utilizado	
	Validar a seleção musical e os efeitos no TP	
<u>Fazer por</u>	Identificar os efeitos da música utilizada no pós-parto (ansiedade/depressão)	
	Identificar os efeitos da música utilizada no RN (choro/cólicas)	
<u>Possibilitar</u>	Informar sobre o estilo musical adequado ao TP	
	Informar sobre os efeitos da utilização da música durante o TP no pós-parto e no RN	
<u>Manter a crença</u>	Validar com a cliente os benefícios da utilização da música no TP e os seus efeitos no pós-parto e no RN	

Apêndice XIII

Instrumento de registo de interação do Ensino Clínico III

Instrumento de registo de interação Ensino Clínico III		
Codificação de identificação da cliente		
<u>Conhecer</u>	Idade da cliente	
	Índice obstétrico	
	Idade gestacional	
	Gosta de ouvir música	
	Estilo musical que gosta	
	Tem conhecimento sobre a utilização da música no TP (benefícios)	
	Pretende utilizar música durante o TP	
	Tem preparadas algumas músicas para o TP (Com orientação/conhecimento ou de forma aleatória)	
	No parto anterior utilizou música durante o TP	
	Se sim, como foi a escolha da música - <i>Playlist</i> própria/da instituição ou rádio;	
	Como foi a experiência no parto: - Com música/Sem música (1º e 2º estágio do TP)	
<u>Estar com</u>	Identificar o estilo musical que foi utilizado	
	Orientar a cliente para o estilo musical adequado	
<u>Fazer por</u>	Validar a seleção musical	
	Informar sobre estilos musicais adequados	
	Disponibilizar <i>playlist</i> com música adequada	

<u>Possibilitar</u>	Informar sobre os benefícios da utilização da música no TP	
<u>Manter a crença</u>	Validar com a cliente os benefícios da utilização da música no TP	

Apêndice XIV

Instrumento de registo de interação do Ensino Clínico IV

Instrumento de registo de interação do Ensino Clínico IV		
Codificação de identificação da cliente		
<u>Conhecer</u>	Idade da cliente	
	Índice obstétrico	
	Idade gestacional	
	Gosta de ouvir música	
	Estilo musical que gosta	
	Realizou preparação para o parto: - Foi abordado a utilização da música no TP	
	Pretende utilizar música durante o TP	
	Tem preparadas algumas músicas para o TP (Com orientação/conhecimento ou de forma aleatória)	
	No parto anterior utilizou música durante o TP	
	Se sim, como foi a escolha da música - <i>Playlist</i> própria/da instituição ou rádio;	
Como foi a experiência no parto: - Com música/Sem música (1º e 2º estágio do TP)		
<u>Estar com</u>	Identificar o estilo musical que foi utilizado	
	Orientar a cliente para o estilo musical adequado	
<u>Fazer por</u>	Validar a seleção musical	
	Informar sobre estilos musicais adequados	
	Disponibilizar <i>playlist</i> com música adequada	

<u>Possibilitar</u>	Informar sobre os benefícios da utilização da música no TP	
<u>Manter a crença</u>	Validar com a cliente os benefícios da utilização da música no TP	

Apêndice XV

Instrumento de registo de interação do Estágio com Relatório

Instrumento de registo de interação do Estágio com Relatório		
Codificação de identificação da cliente		
<u>Conhecer</u>	Idade da cliente	
	Índice obstétrico	
	Idade gestacional	
	Partos anteriores	
	Parto com música/Parto sem música	
	Experiência do parto (com música)	
	Experiência do parto (sem música)	
	Local de vigilância pré-natal	
	Frequentou curso de preparação para o parto: - Se sim foi abordado o uso da música no TP	
	Gosta de ouvir música	
	Estilo musical que gosta	
	Tem conhecimento sobre a utilização da música no TP (ouviu falar sobre)	
	Tem preparada uma <i>Playlist</i> para o TP: - Elaborada com orientação/conhecimento ou de forma aleatória;	
<u>Manter a crença</u>	Pretende utilizar música durante o TP	
	Validar/informar os benefícios da utilização da música no TP	

<u>Possibilitar</u>	Foi utilizada a música durante: - Todo o 1ºestádio do TP; - Todo o 2º estádio do TP	
	Foi alterado a música /estilo durante a utilização no 2º estádio (porquê)	
	Foi interrompida a utilização da música (porquê /quando)	
<u>Fazer por</u>	Estilo musical da <i>playlist</i> (análise das músicas)	
	Proporcionar a <i>playlist</i> criada	
	Início do 2º estádio do TP	
	Sinais do 2º Estádio do TP	
	Plano em que está o feto	
<u>Estar com</u>	A música estimulou o movimento	
	Hora do parto	
	Tipo de parto	
	Tipo de analgesia e momento que iniciou - Farmacológica (qual) - Não farmacológica (qual)	
	Como foi a experiência do parto com música (a aplicar no pós-parto): benefícios, sentimentos, vivência.	

Apêndice XVI

Folha de validação de *playlist*

Identificação: _____

A. Pasta 1º Estádio

Nº excerto musical	Agrada-me	Desagrada-me	Calma/ Relaxante	Dá-me força	Positiva	Ajuda a focar-me
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

B. Pasta 2º Estádio


Nº excerto musical	Agrada-me	Desagrada-me	Calma/ Relaxante	Dá-me força	Positiva	Ajuda a focar-me
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Apêndice XVII

Folheto: "Gostaria de ter um parto musical?"

Música sugerida:

- 🎵 Clássica (Beethoven, Chopin, Mozart, Shubert)
- 🎵 Barroca (Bach, Vivaldi)
- 🎵 New age Music (Enya, Vangelis)

No dia do parto traga a sua *playlist* e o dispositivo eletrónico necessário (MP3/MP4, iPad, iPod, Tablet, , Auricular, Colunas).

[Folheto elaborado por: AEESMO Carla valente
7ºCMESMO – ESEL, sob orientação da Profª Teresa Félix]

Gostaria de ter um parto musical?



A música é uma técnica não invasiva e não farmacológica que poderá ser utilizada durante todo o trabalho de parto, com efeitos positivos conhecidos.

Principais benefícios da utilização da música durante o trabalho de parto e parto:

- 🎵 Reduz ansiedade
- 🎵 Maior tranquilidade
- 🎵 Controlo da dor
- 🎵 Focar a mente
- 🎵 Segurança
- 🎵 Satisfação
- 🎵 Menor duração do trabalho de parto
- 🎵 Auxiliar a realização de esforços expulsivos
- 🎵 Progressão mais favorável do trabalho de parto

A música utilizada durante o trabalho de parto deverá ajudar a controlar a dor e a ansiedade durante a contração e a descontrair nos intervalos das mesmas. No período expulsivo deverá direcionar e motivar para a realização de esforços expulsivos.

A música selecionada deverá ser do seu agrado/preferência, atendendo ao seguinte: não suscitar demasiada emoção (aconselhado música sem letra), não invocar memórias, ter um efeito positivo e agradável, preferencialmente, escutá-las durante a gravidez

