

Escola Superior de Saúde de Santarém

**CUIDAR COM MÚSICA - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA, NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DA MULHER, NO TRABALHO
DE PARTO.**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Ana Filipa Gonçalves Beirão Pereira Rosado

Orientação:

Professora Mestre Maria Olímpia Cruz

novembro de 2023

“A música muda tudo ao nosso redor. Prepara o ambiente, melhora o humor, redireciona os pensamentos, sentimentos e até as nossas vidas...”

Fabício Fiuza

Agradecimentos

À professora orientadora Olímpia Cruz, por todo o apoio prestado no decorrer do estágio e elaboração do presente relatório.

A todos os professores do CMESMO, pelos contributos neste processo de ensino-aprendizagem.

Às enfermeiras cooperantes, por toda a sua disponibilidade, apoio, compreensão, mas sobretudo por todos os ensinamentos transmitidos, ao longo deste meu percurso de aprendizagem.

A todas as parturientes e respetivos acompanhantes, que permitiram o desenvolvimento deste estágio.

Às minhas colegas de curso, por todo o apoio, partilha de experiências e amizade, ao longo deste percurso formativo. Cada uma de vós tem um cantinho especial no meu coração.

A todos os meus colegas de trabalho por todo o apoio, ajuda e compreensão.

Por último, à minha família, por todo o apoio, suporte, compreensão e motivação constantes. São o melhor do meu mundo, o meu pilar e sem vós nada disto tinha sido possível.

OBRIGADA.

Abreviaturas/ Siglas

ABCF – Auscultação dos batimentos cardíaco-fetais

BO – Bloco Operatório

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CPNP – Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade

EC – Ensino Clínico

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMOs - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HAP – Hospital de Apoio Perinatal

IG – Idade Gestacional

JBI - *Joanna Briggs Institute*

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEESMO - Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

ScR – Scoping Review

SU – Serviço de Urgência

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

O uso da música no trabalho de parto, constitui uma poderosa ferramenta na promoção do bem-estar da mulher. Consiste num método não farmacológico e uma intervenção autónoma da enfermagem, que vai enriquecer a prestação de cuidados do EESMO, contribuindo para uma experiência de parto positiva. Com o objetivo de mapear a evidência científica sobre o uso da música, como cuidado, na promoção do bem-estar da mulher no trabalho de parto, foi realizada uma *Scoping Review* partindo da questão **“Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?”**. Na pesquisa realizada na EBSCOhost obtiveram-se 9 artigos, dos quais emergiram temáticas pertinentes relativamente ao uso da música no trabalho de parto. Os resultados apontam como vantagens: alívio da dor/ desconforto; promoção do relaxamento; redução da ansiedade/ *stress*; e bem-estar físico e psicológico. Face à existência de pouca evidência científica de origem portuguesa, sugere-se um aprofundamento do tema ao nível da investigação bem como da formação.

Palavras-Chave: Dor; EESMO; Música; Trabalho de Parto

ABSTRAT

The use of music, during labor, constitutes a powerful tool in promoting women's well-being. It consists of a non-pharmacological method and an autonomous nursing intervention, which will enrich the provision of care of EESMO, contributing to a positive birth experience. With the aim of mapping the scientific evidence on the use of music, as care, in promoting the well-being of women in labor, a Scoping Review was carried out based on the question **“What are the advantages of using music, as care, in labor, from the perspective of EESMO/ Parturient?”**. In the research carried out at EBSCOhost, 9 articles were obtained, from which pertinent themes emerged regarding the use of music in labor. The results point to the following advantages: pain/discomfort relief, promoting relaxation; reduction of anxiety/ stress; and physical and psychological well-being. Given the existence of little scientific evidence of portuguese origin, it is suggested that the topic be further explored at the level of research as well as training.

Keywords: Pain; Labor, Obstetric; Music Therapy; Obstetric Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1. ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO IV - DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO BLOCO DE PARTOS.....	11
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	11
1.2. REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO IV.....	12
2. USO DA MÚSICA, COMO CUIDADO, EM ENFERMAGEM.....	25
2.1 HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO.....	28
2.2 USO DA MÚSICA, COMO CUIDADO, NO TRABALHO DE PARTO.....	30
3. A CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	34
4. METODOLOGIA: SCOPING REVIEW.....	37
4.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
4.1.1 Uso da Música no Trabalho de Parto como Intervenção Autónoma do EESMO.....	52
4.1.2 Alívio da dor/desconforto; promoção do relaxamento; redução da ansiedade/<i>stress</i>; e bem-estar físico e psicológico.....	54
5. CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto Individual de Estágio IV

APÊNDICE II - Poster de Divulgação de Resultados dos Artigos da “*Scoping Review*”

ANEXOS

ANEXO I – Protocolo de “*Scoping Review*”

ANEXO II – Síntese de Registo de Atividades Práticas

ÍNDICE

Lista de quadros

Quadro nº 1 - Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores.....	38
Quadro nº 2 - Resultados das bases de dados.....	38
Quadro nº 3 – Artigos selecionados.....	40
Quadro nº 4 – Instrumento de extração de dados.....	42

Lista de figuras

Figura nº 1 – PRISMA 2020 <i>Flow Diagram</i>	41
---	----

INTRODUÇÃO

O presente documento encontra-se inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio IV - Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) na Sala de Partos, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) e é referente ao estágio desenvolvido num Serviço de Bloco de Partos (BP), de um Hospital de Apoio Perinatal (HAP), da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O estágio decorreu no período de 4 de Janeiro a 28 de Maio de 2021, sob a orientação de duas enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma das quais detentora do grau de mestre. Neste estágio prevê-se a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem à grávida, parturiente, puérpera, RN e família.

Este relatório, tem como base os objetivos e as atividades delineadas no Projeto Individual de Estágio (Apêndice I), e o respetivo contributo na aquisição de competências, tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (Regulamento nº 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCEEESMO) (Regulamento nº 391/2019). O mesmo relatório será objeto de apreciação e discussão pública.

Ao longo deste percurso formativo, vários foram os temas que suscitaram interesse na procura de evidência científica atual, que suportasse a prática dos cuidados. O uso da música, como cuidado, na promoção do bem-estar da mulher no trabalho de parto (TP), foi a temática pela qual se decidiu fazer um enquadramento e aprofundamento de conhecimentos. Esta escolha foi facilitada pois, tal como a enfermagem, também a música tem um papel fundamental na vida da estudante. Assim, e por haver evidência científica de que a música melhora o bem-estar físico, emocional e mental das pessoas, decidiu-se fazer a fusão destas duas artes tão fascinantes e desafiantes: a enfermagem (arte do cuidar) e a música. Para além da motivação acima referida, a escassez de trabalhos de origem portuguesa, referentes ao tema, foi outro fator que fundamentou a importância desta pesquisa.

Neste sentido, foi desenvolvida uma *Scoping Review (ScR)* sobre a temática supracitada, partindo da questão de revisão “Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?”, tendo sido seguida a metodologia e as mais recentes orientações do *Joanna Briggs Institute (JBI)*. Acredita-se que com o aprofundamento desta

temática e difusão dos resultados obtidos, seja possível direcionar a prática do EESMO, dando ênfase ao uso da música, como cuidado, na promoção do bem-estar da mulher no TP, no sentido de promover uma experiência positiva para a mulher/pessoa significativa, privilegiando a sua participação ativa e o seu bem-estar.

O parto consiste numa experiência importante e muito marcante na vida de uma mulher. Durante este período, a mulher necessita de cuidados, atenção e apoio para enfrentá-lo de forma natural, confiando de que terá todo o suporte físico e emocional necessários (Lara & Cesar, 2017). Os cuidados prestados pelo EESMO, sendo naturalmente holísticos, atendem à compreensão da mulher em todas as suas dimensões (social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica), considerando-a no seu todo (incluindo os seus sentimentos e expectativas), promovendo e protegendo ativamente o seu bem-estar (OE, 2015). A preocupação com o bem-estar da mulher aliada à necessidade de diminuição de procedimentos invasivos, bem como o uso de drogas durante o TP, coloca em evidência os métodos não farmacológicos (Gracio et al., 2020). Estes são métodos não invasivos de controlo da dor e promoção do bem-estar da mulher no TP, tendo como exemplos: a liberdade de posição e movimentos da mulher, o uso da bola de pilates, técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, meditação, massagem, o uso da música, entre outros (...) Segundo Resende et al. (2021), estes são métodos vantajosos com efeitos positivos sobre a parturiente, não necessitam de equipamentos sofisticados para o seu desenvolvimento, são de baixo custo e contribuem para a humanização do TP.

O uso da música, como cuidado, no TP surge como um método não farmacológico e, de acordo com Ferreira (2016), constitui uma intervenção autónoma da enfermagem que vai enriquecer a prestação de cuidados desenvolvida pelo EESMO, sendo um recurso acessível, versátil e com efetiva contribuição terapêutica.

O presente relatório tem como objetivos:

- Analisar o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEESMO, durante a prestação de cuidados especializados de enfermagem no Estágio IV;
- Aprofundar conhecimentos acerca do uso da música, como cuidado, no TP;
- Identificar as vantagens do uso da música, como cuidado, no TP;
- Refletir sobre o contributo do uso da música, como cuidado, no TP.

No que concerne à organização do relatório, este encontra-se dividido em cinco capítulos, visando uma estruturação lógica dos conteúdos. No primeiro capítulo consta a análise reflexiva do percurso desenvolvido no EC, de acordo com os objetivos e atividades delineadas em projeto. O segundo capítulo incorpora toda a temática relativa ao uso da música, como cuidado, bem como a

sua importância na humanização dos cuidados no TP. O terceiro capítulo contempla a Conceptualização dos Cuidados de Enfermagem. O quarto capítulo integra a metodologia, ScR, e análise dos resultados obtidos. Por último, no quinto capítulo, encontra-se a conclusão, onde são apresentados os contributos da pesquisa para a prática profissional, assim como sugestões.

A composição deste relatório tem por base as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém e o preconizado na 7ª Edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association* (APA).

1 ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO IV - DO DESENVOLVIMENTO FORMATIVO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NO BLOCO DE PARTOS

Ao iniciar o Estágio IV, foi elaborado um Projeto Individual de Estágio (Apêndice I) onde foram traçados objetivos e atividades a desenvolver, correspondentes aos vários domínios das competências de um EESMO que exerce funções no BP/ Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), considerando a prestação de cuidados à mulher/ grávida/ parturiente/ puérpera, RN e família, dando resposta às necessidades/ problemas do grupo-alvo. Os objetivos e atividades foram delineados de acordo com o RCEESMO (Regulamento nº 391/2019), o RCCEE (Regulamento nº 140/2019), o Plano de Estudos do CMESMO e os Padrões de Qualidade da OE (2018).

Neste capítulo, para além de uma breve caracterização do contexto de estágio, consta uma análise reflexiva acerca das atividades desenvolvidas, com o intuito de elucidar o percurso formativo da estudante, no que concerne às aprendizagens e competências adquiridas, bem como as dificuldades sentidas.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Integrado no Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, o Serviço de BP onde decorreu o EC, tem como missão prestar cuidados de saúde de excelência, à mulher em TP e com patologia aguda obstétrica e ginecológica. Na Organização Perinatal Nacional, este BP integra-se na tipologia de HAP e no ano de 2020 registou 832 partos. A sua equipa multidisciplinar é composta por médicos obstetras/ ginecologistas, anestesistas, pediatras/ neonatologistas, EESMOs, assistentes operacionais, assistente social, psicóloga e secretárias da unidade.

O BP dispõe de 5 salas de parto individuais, que se destinam a parturientes ou grávidas (que necessitem de cuidados associados a aborto ou ameaça de parto pré-termo). As grávidas/ parturientes admitidas no BP, provêm do SUOG, Consulta Externa de Obstetrícia ou Serviço de Internamento. Junto com a parturiente poderá ficar a pessoa significativa, desde que submetida a testagem para Sars-Cov-2 e cujo resultado seja “Não detetado”. Após admissão no serviço e respetiva testagem, o acompanhante terá que permanecer no piso, podendo ir apenas ao sanitário

ou adquirir café e alimentos nas máquinas existentes no respetivo piso (em caso de abandono do piso, não poderá regressar). As salas de parto encontram-se equipadas com material, de uso clínico e não clínico, necessário para uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Cada sala possui um cardiocógrafa, com opção de uso via wireless e com transmissão de RCT, em tempo real, para a central de vigilância de enfermagem. Existe uma bola suíça, em cada sala, para que a parturiente possa realizar exercícios de mobilização da bacia, de forma a aliviar a dor do TP, facilitar a dilatação do colo uterino e, assim, obter o máximo de conforto no decorrer do TP. As camas existentes nas salas, são transformáveis de modo a facilitar o período expulsivo.

No corredor afeto às salas de parto existem: um carro de apoio com material de uso clínico, um carro de anestesia (com material de uso clínico e medicação) e um carro de emergência. Ao centro do serviço existe uma casa de banho com duche e uma sala de reanimação neonatal, composta por duas mesas de reanimação com ventilador e balança incorporados. É nesta sala que se prestam os cuidados imediatos ao RN.

O BP dispõe, ainda, de 1 sala operatória para realização de cesarianas eletivas ou de urgência. A equipa multidisciplinar que opera, nesta sala, é afeta ao BO central.

Em cada turno estão de serviço 3 EESMOs (1 na triagem do SUOG e 2 no BP), 2 assistentes operacionais (1 na triagem do SUOG e 1 no BP) e 3 médicos obstetras.

O BP dispõe de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor do TP (possibilidade de utilização da bola suíça, duche, liberdade de movimentos e massagem), sendo priorizadas as medidas menos invasivas, indo ao encontro das recomendações emanadas pela OMS (2018) e pela OE (2019).

Após o parto e nas primeiras 2 horas de puerpério imediato, a díade/ tríade permanece na sala de parto em vigilância. Neste período, é promovida a vinculação precoce entre a díade/ tríade, o contacto pele a pele, o envolvimento da pessoa significativa nos cuidados ao RN e iniciado o processo de amamentação, conforme preconizado no RCEEESMO nº 391/2019.

1.2 REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO IV

No que concerne ao objetivo **“Conhecer a estrutura orgânico – funcional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos”**, foram desenvolvidas todas as atividades planeadas, com a ajuda de toda a equipa e, em especial, das enfermeiras cooperantes. Numa primeira fase, foi prioritário o reconhecimento da estrutura física do serviço, dinâmicas, protocolos e orientações de trabalho existentes, identificação dos sistemas de informação e registos. Toda a equipa multidisciplinar contribuiu para que a integração da estudante fosse positiva e, ao longo do EC, esta conseguiu estabelecer uma excelente relação de cooperação com toda a equipa, o que

facilitou o processo de aprendizagem. De acordo com Carvalho (2016), a aprendizagem e o desenvolvimento profissional em EC, só são possíveis se coexistirem adequadas relações profissionais e um conhecimento profundo de toda a dinâmica multidisciplinar, proporcionando ao aluno, autonomia e segurança para uma correta prestação de cuidados. Este é o primeiro passo a ser dado, quer pelo aluno quer pelo próprio profissional, pois será uma base importante e imprescindível para o processo de desempenho e aprendizagens contínuos.

Quanto ao objetivo **“Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/ grávida/ família no SUOG”**:

No decorrer do EC, várias foram as situações que motivaram a ida da mulher/ grávida ao SUOG. É neste serviço que ocorre a deteção precoce, tratamento ou referenciação de complicações vivenciadas pela mulher, quer a nível ginecológico quer obstétrico.

Para a estudante foi extremamente enriquecedor prestar cuidados especializados na urgência, pois permitiu desenvolver conhecimentos, não só na área de saúde materna, mas também na área de ginecologia, através da colaboração na preparação da mulher para realização de exame ginecológico, ecografias, colheitas de espécimes e, por vezes, preparação pré-operatória.

A admissão de grávidas, no SUOG, permitiu o desenvolvimento de autonomia na tomada de decisão para avaliação do bem-estar materno-fetal (realização de exame físico e respetiva interpretação; realização de Manobras de Leopold; ABCF com auxílio de doppler e interpretação de RCT). A estudante teve, ainda, oportunidade de colaborar com o médico obstetra na realização de exames obstétricos/ ginecológicos. Ao nível da educação para a saúde, houve oportunidade de orientar grávidas, nos diferentes trimestres da gravidez, e puérperas com problemas relacionados, sobretudo, com a amamentação. Assim, foi possível mobilizar competências adquiridas, em estágios anteriores, relativamente à educação para a saúde da grávida e puérpera, bem como a aquisição de um conjunto de conhecimentos e competências, relacionados com os cuidados imediatos à grávida, que recorre em TP ativo. As competências adquiridas, nesta área do cuidar, vão ao encontro do exposto no exposto no RCEEESMO “2 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal; 4 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade; 6 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”.

Toda a diversidade de situações vivenciadas contribuíram, muito, para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais e, conseqüentemente, para a construção da minha identidade enquanto futura EESMO.

O objetivo **“Prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente/acompanhante no acolhimento no BP, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem”** foi alcançado, após compreensão e interiorização das dinâmicas de serviço.

O modo como a utente/ pessoa significativa são acolhidos numa unidade hospitalar, vai ter influência negativa ou positiva, na adaptação à hospitalização. De acordo com Castro (2011), aquando do acolhimento no BP, é importante diminuir os sentimentos gerados pela incerteza quanto ao futuro, pela dor, por experiências negativas anteriores ou pela simples chegada a um lugar desconhecido. Um acolhimento caloroso, empático, com transmissão de informações úteis ao casal e identificação das suas expectativas e preocupações, pode contribuir para a diminuição da angústia, ansiedade e ajudar na construção de uma relação de confiança e de entreajuda - a chamada relação terapêutica. Segundo Silva et al. (2016), a relação terapêutica torna a assistência mais facilitada, possibilitando ao enfermeiro sustentar um relacionamento que tem como principal objetivo atender às necessidades da mulher. Estar presente, conversar, dar atenção, ouvir os medos, angústias e anseios, o toque terapêutico, tornam-se elementos fundamentais para a humanização do cuidar em enfermagem.

Algo que a estudante muito valoriza, na prática dos cuidados, é o estabelecimento de uma relação terapêutica empática com os utentes, pois tem perfeita noção de como esta influência a adaptação do utente ao internamento. O mesmo se aplica no acolhimento da grávida/pessoa significativa no BP, em que a comunicação inicialmente estabelecida vai condicionar muito, o decurso do internamento e a atitude da mulher/pessoa significativa face aos profissionais de saúde, pelo que é importante que o casal sinta que está em ambiente seguro, com profissionais disponíveis, preocupados e de confiança. Assim, no acolhimento da grávida/ parturiente no BP, a estudante teve o cuidado de se apresentar, bem como realizar uma pequena visita às instalações do serviço. Após acolhimento do casal na sala de parto, foi transmitida toda a informação pertinente, acerca das normas e rotinas do serviço, bem como dinâmicas no que respeita ao TP, parto e pós-parto. A estudante tentou adequar o ambiente à promoção do conforto e bem-estar físico do casal, ou seja, proporcionar um ambiente calmo, acolhedor (tranquilo, com luminosidade reduzida, com temperatura adequada ao gosto da mulher), seguro, com respeito pela individualidade e privacidade da parturiente/ pessoa significativa, contribuindo para a diminuição

da ansiedade, insegurança e medo associados a ambientes hospitalares e desconhecidos, aumentando consequentemente a satisfação materna.

Em seguida, eram realizadas as colheitas para Sars-Cov-2, à parturiente e pessoa significativa e, posteriormente, era realizada a avaliação inicial. A colheita de dados era realizada por meio de entrevista à grávida e pessoa significativa, observação física, consulta do processo informático, BSG e informação transmitida pela equipa do SUOG. Todos os dados obtidos (antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos; história e vigilância da gravidez atual; IG; observação e interpretação do resultado de exames; frequência ou não do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade (CPNP); existência ou não de plano de parto; expectativas, dúvidas relativamente ao parto e quais as formas de gestão da dor a aplicar; observação física/ obstétrica e avaliação do bem-estar materno-fetal) eram interpretados de forma a elaborar um plano de cuidados centrado nas reais necessidades da grávida/parturiente/pessoa significativa. Este plano de cuidados era negociado com a parturiente/pessoa significativa, de forma a manter uma parceria nos cuidados, tal como preconizado pela OE (2015a).

A prestação de cuidados desenvolvida pela estudante teve por base a Teoria de *Martha Rogers* onde a visão holística da mulher, bem como a criação de um ambiente favorável à prestação de cuidados são peças fundamentais na promoção de um equilíbrio energético indivíduo/ambiente, com vista à harmonia e bem-estar da mulher/ pessoa significativa.

O **primeiro estágio do TP** segundo Fatia & Tinoco (2016), caracteriza-se pelo aparecimento de contrações regulares, apagamento e dilatação total do colo uterino, sendo este dividido em fase latente e fase ativa. Graça (2017) complementa que a fase latente tem início com o aparecimento das contrações regulares até ao momento em que o colo está totalmente apagado e com 3 centímetros de dilatação, altura em que se inicia a fase ativa, que termina aquando da dilatação completa. No entanto, de acordo com as mais recentes *Guidelines* da OMS (2018), esta divisão é marcada pelos 5 centímetros de dilatação.

Neste estágio, as maiores dificuldades sentidas, pela estudante, foram ao nível do reconhecimento das características do colo uterino, da identificação do grau de descida da apresentação e da interpretação dos RCT. Com o decorrer do EC, estas dificuldades foram-se dissipando, pois, a experiência adquirida dia após dia, o investimento constante na revisão teórica da matéria e a partilha de conhecimentos com as enfermeiras cooperantes foram fundamentais para essa superação.

Ainda neste estágio do TP, outra das grandes preocupações, da aluna, foi ao nível da gestão da dor obstétrica. De acordo com a Aveiro & Velosa (s.d.) o alívio da dor durante o TP, contribui para o bem-estar holístico da parturiente e deve ser um dos cuidados prioritários do EESMO. Entre

as alternativas disponíveis encontram-se os métodos farmacológicos e os não-farmacológicos. Segundo Osório, Júnior & Nicolau (2014) os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser explorados, uma vez que são mais seguros e menos invasivos.

Ao longo do EC, a estudante constatou que o método não farmacológico mais usado, no serviço, era o uso da bola suíça para realização de exercícios de mobilização da bacia. No que concerne ao uso da música, como recurso terapêutico, constatou-se que apenas 3 enfermeiros mobilizavam esse método.

Para que a parturiente possa escolher, em consciência, quais os métodos de controlo da dor a adotar, no decorrer do TP, é fundamental que esta seja detentora de conhecimento acerca dos métodos disponíveis e, preferencialmente, que essa informação seja transmitida ao nível dos cuidados de saúde primários (consultas de vigilância da gravidez e CPNP). Após uma breve informação acerca das medidas farmacológicas e não farmacológicas, disponíveis no serviço, foi dada relevância ao uso da música, como cuidado. Através de entrevista informal, a estudante tentou perceber se a parturiente/ pessoa significativa tinham conhecimento acerca dos efeitos da música, na promoção do bem-estar da mulher no TP e explicou quais os seus efeitos, à luz do conhecimento baseado na evidência. Denotou grande interesse por parte das parturientes/ pessoa significativa e que, na sua maioria, detinham conhecimentos acerca dos benefícios do uso da música no TP. No universo de 105 parturientes cuidadas, apenas cinco referiram ter preferência de permanecer em silêncio. Duas parturientes desconheciam os benefícios deste recurso terapêutico, no entanto, optaram por usufruir. Quatro parturientes traziam uma playlist preparada para ouvir (nos tablets/ telemóveis pessoais), no entanto, a grande maioria não trazia nada preparado, por desconhecimento se seria permitido ouvir música no serviço e/ou qual a aceitação, por parte da equipa de saúde.

Dada a inexistência de material eletrónico no BP para difusão musical, foram usados o telemóvel e umas colunas portáteis da estudante. O casal criou uma playlist adequada ao momento, de forma a tornar aquela ocasião, ainda, mais especial e única. O facto de apenas existir 1 equipamento eletrónico para difusão de música, condicionou a prestação de cuidados, relativamente a este método não farmacológico. Na maioria dos turnos, apenas uma parturiente/ casal puderam disfrutar do uso da música, como recurso terapêutico, no entanto, houve alguns turnos, em que dois casais em simultâneo puderam usufruir deste recurso pois, tal como referido anteriormente, alguns casais traziam o seu próprio equipamento, preparado para o efeito. De acordo com Taets & Barcellos (2010) e Bulechek et al. (2020), na atualidade, a identificação do interesse do utente pela música, suas preferências musicais, além do fornecimento de

equipamentos eletrónicos que viabilizem a escuta musical, são intervenções autónomas de enfermagem.

Para além do uso da música, foram postos em prática outros métodos não-farmacológicos no controlo da dor e promoção do bem-estar holístico, tais como: a liberdade de posição e movimentos, exercícios na bola suíça, técnicas de relaxamento, duche morno, exercícios respiratórios, massagem (...)

Relativamente ao **segundo estágio do TP** ou período expulsivo, este, tem início aquando da dilatação cervical completa e termina com a expulsão fetal. São características deste estágio: a contratilidade uterina regular; esforços expulsivos maternos adequados (com evidência de bem-estar materno-fetal); duração média de 50 minutos para nulíparas e 20 minutos para múltiparas; duração máxima de 2 horas para nulíparas e 1 hora para múltiparas, sendo que a estes máximos deve ser acrescida 1 hora, no caso da parturiente estar sob analgesia epidural (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017).

Chegado o momento da mulher iniciar os esforços expulsivos, a estudante privilegiou a sua vontade, relativamente à posição a adotar. A prática de cuidados foi individualizada, indo ao encontro das expectativas das parturientes, sempre salvaguardando a segurança da díade. Constatou-se que as mulheres que haviam frequentado o CPNP, detinham maior conhecimento, acerca das várias posições a adotar. Durante o EC, tive oportunidade de conduzir 4 partos em decúbito lateral e todos com períneo íntegro como resultado. Estes resultados encontram-se em consonância com o que é defendido pela OE (2013), relativamente à posição lateralizada, pois à luz da evidência científica, esta promove a assimetria dos estreitos o que pode facilitar a descida da apresentação fetal ainda alta, e está associada a uma maior taxa de períneos íntactos. Os restantes partos foram realizados em posição de litotomia.

Este estágio do TP causou alguma ansiedade e receio à estudante, pelas suas características tão específicas e pela brevidade com que tudo tem que ser executado. Numa fase inicial, a avaliação do períneo com vista à execução ou não de episiotomia, suscitou muitas dúvidas. Por um lado, havia a necessidade de não realizar episiotomias por rotina (de acordo com as mais recentes orientações) e por outro, o receio da ocorrência de lacerações graves. Segundo Graça (2017), a episiotomia é um dos procedimentos mais frequentes no BP. Esta consiste numa lesão iatrogénica da região perineal, realizada no triângulo posterior do períneo entre o introito vaginal e o ânus, idealmente médio-lateral, com o objetivo de coadjuvar o período expulsivo e melhorar o desfecho materno e neonatal. De acordo com a OMS (2018), a episiotomia encontra-se entre os procedimentos rotineiros e, por vezes ineficazes, que contribuem significativamente para que a mulher experiencie o parto de forma negativa. No entanto, a sua não realização em situações chave, pode contribuir para a

ocorrência de lacerações graves devendo, por isso, ser ponderada em cada situação, sendo o fator experiência fundamental na decisão. Neste sentido, a orientação e apoio por parte das enfermeiras cooperantes foi fulcral na aquisição de competências, quer ao nível da avaliação das características do períneo, quer ao nível do domínio das manobras para sua proteção. Graça (2017) reforça que a proteção do períneo (proteção mediana) e o controlo da saída do polo cefálico, reduzem a incidência de lacerações. Num estudo realizado pelo mesmo autor, constatou-se que a colocação de compressas quentes e a massagem perineal, antes do período expulsivo, também contribuem para a redução de lacerações.

Inicialmente, e devido à inexperiência da estudante ao nível das manobras de proteção do períneo, emergiram algumas lacerações (grau I e II), no entanto, ao longo do EC e com conseqüente correção da técnica houve uma visível redução de lacerações. Houve, ainda, oportunidade de aplicar compressas quentes e realizar massagem perineal, em diversas parturientes, e comprovar a sua eficácia.

Sempre que o estado clínico do RN o permitia, a clampagem do cordão umbilical era realizada tardiamente, com o RN posicionado sob o abdómen materno, em contacto pele a pele, de forma a fomentar a vinculação e a adaptação do RN ao meio extra-uterino. Segundo a OMS (2018), perante um RN saudável, a clampagem do cordão umbilical deve ocorrer tardiamente, ou seja, no período de 1 a 3 minutos, por esta apresentar inúmeras vantagens, principalmente, no que diz respeito ao aumento do hematócrito do RN, representando um aumento das reservas de ferro, prevenindo a anemia nos primeiros 4 a 6 meses de vida.

Apenas se realizou laqueação precoce nos casos em que se constatava presença de circulares cervicais apertadas. Relativamente ao corte do cordão umbilical, este muitas vezes foi realizado pela própria parturiente ou pessoa significativa, de acordo com o seu desejo.

Ao longo do EC foram realizados 41 partos eutócicos e assistidos 29 partos distócicos (9 ventosas e 20 cesarianas).

O **terceiro estágio do TP**, também designado por dequitação, decorre desde a expulsão fetal até à expulsão placentar. Esta ocorre em duas fases, sendo que na primeira se dá a separação da placenta da parede uterina e a sua descida para o segmento uterino inferior e/ou vagina, e na segunda fase ocorre a sua saída pelo canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016). O tempo de descolamento placentar varia, no entanto, na maioria dos partos, este ocorre 5 a 7 minutos, após a expulsão fetal. É importante que o profissional de saúde respeite o tempo fisiológico, adotando uma atitude expectante, uma vez que nem todos os descolamentos ocorrem neste *timing*. O profissional de saúde poderá aguardar entre 45 minutos a 1 hora, se as perdas de sangue não forem

excessivas (Graça, 2017). O risco de hemorragia materna aumenta, à medida que aumenta a duração deste estadio (Lowdermilk & Perry, 2009).

Enquanto a estudante aguardava, de forma expectante, pela expulsão placentar, foram implementadas medidas que favorecessem a adaptação do RN à vida extra-uterina (contacto pele a pele, cobrir o RN com pano neonatal aquecido, laqueação tardia do cordão). Foram, ainda, desenvolvidas competências de identificação dos sinais de descolamento placentar e de tração controlada do cordão, favorecendo a dequitação. Após a saída da placenta, confirmou-se a formação do globo de segurança de Pinard e, seguidamente, inspecionou-se de forma meticulosa a placenta e respetivas membranas, avaliando a sua integridade, com o intuito de certificar que não havia retenção de nenhum fragmento ou membrana na cavidade uterina.

Após a dequitação e para promoção da contração uterina, seguiu-se o protocolo institucional, no que concerne à administração de ocitocina. De acordo com a OMS (2018), o uso de uterotónicos para a prevenção de hemorragia pós-parto, durante o 3º estadio do TP, é recomendado em todos os nascimentos.

É importante salientar uma situação de retenção placentar na cavidade uterina, vivenciada pela estudante. Após respeitar o tempo fisiológico estimado para o seu descolamento e visto que o mesmo não ocorria (cerca de 1h, após o parto), a estudante pediu colaboração médica, tendo sido realizada dequitação manual e posterior revisão ecográfica pela obstetra. Esta foi uma situação emergente que constituiu um importante momento de aprendizagem, indo ao encontro do exposto no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019), em que o EESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente, em caso de retenção placentar.

Ainda no 3º estadio do TP e após expulsão placentar, é realizada uma observação cuidada do períneo, vagina e colo, com intuito de avaliar a extensão da episiotomia realizada e, nos casos em que se opta por não executar episiotomia, avaliar a existência ou não, de lacerações e respetivo grau. E eis que surge a maior dificuldade deste estadio e, provavelmente, de todo o EC: a reparação do canal de parto. Sempre que houve necessidade de reparação do canal de parto, quer por lacerações de grau I/II ou episiotomia, foi explicado o procedimento à mulher e pedida a sua colaboração. Apesar da estudante ter bem presente os conhecimentos teóricos da realização da técnica, a reparação do canal de parto revelou-se de difícil execução, devido à inexperiência, quer no manuseamento dos ferros cirúrgicos, quer no reconhecimento das estruturas do canal de parto após corte/ laceração, facto que exigiu um grande apoio por parte das enfermeiras cooperantes. As EESMOs cooperantes tiveram um papel preponderante no desenvolvimento desta competência, através dos seus ensinamentos, conselhos, correções e apoio proporcionado.

Ao longo do EC, a aluna foi adquirindo maior destreza, confiança e segurança na realização da reparação do canal de parto. Sensivelmente a meio do EC, passou a realizar a técnica de forma autónoma, no entanto, sentiu sempre a necessidade de validação, por parte das enfermeiras cooperantes, devido à responsabilidade que a realização desta técnica representa para a mulher. Após reparação cuidada do canal de parto, desinfeção e promoção de cuidados de higiene local e conforto (aplicação de gelo), a estudante realizou os ensinamentos relativos ao autocuidado higiene (cuidados a ter com a sutura perineal e queda dos pontos), características dos lóquios e eventuais sinais de alarme.

O **quarto estágio do TP** corresponde ao puerpério imediato, tendo início logo após a dequitação e prolongando-se por duas horas, após o parto. Nessas duas horas, a hemostase restabelece-se, pelo que a vigilância, nesse período, é fundamental na deteção precoce de eventuais complicações. No entanto, este não é apenas um período de recuperação do TP, mas também um momento muito importante para que a díade (puérpera e RN) inicie o processo de vinculação, amamentação e estabelecimento de relações com os restantes membros da família (Lowdermilk & Perry, 2009).

De acordo com o que foi referido anteriormente, e tendo em conta o que é esperado do EESMO neste estágio, foram desenvolvidos cuidados no âmbito: da promoção da vinculação precoce (díade/ tríade); da promoção do aleitamento materno/ apoio no início do processo de amamentação; da promoção do bem-estar da puérpera e RN; da promoção da transição para a parentalidade; e da deteção precoce de eventuais complicações (através da avaliação de sinais vitais; avaliação do globo de segurança de Pinard; vigilância das características dos lóquios; observação do períneo/ sutura perineal despistando hematomas, lacerações, edema; presença de hemorroidas; observação do penso abdominal, no caso de cesarianas; presença de globo vesical).

O facto da estudante exercer funções de enfermeira generalista num serviço de puerpério facilitou a prestação de cuidados, neste estágio, devido à sua experiência e familiarização com os cuidados a prestar à puérpera e RN. Ainda assim, requereu um aprofundamento de conhecimentos, devido à especificidade do estágio em questão, conseguindo desenvolver um olhar mais crítico e tornando os seus cuidados mais especializados, antecipando e prevenindo complicações nesta fase.

Foi, também, neste estágio, que por meio de entrevista informal com as puérperas/ pessoa significativa, se obteve o *feedback* acerca do uso da música, na promoção do bem-estar da mulher no TP. Segundo informação transmitida pelas mulheres / pessoa significativa, a música ajudou-as a abstrair-se da dor, devido à sua capacidade de causar distração, sendo ainda indutora de tranquilidade e relaxamento. De acordo com a percepção da estudante, estas mulheres solicitaram analgesia epidural muito mais tardiamente do que as mulheres que não ouviram música. Outro

facto com que a estudante se deparou, foi que a maioria das mulheres submetidas a esta intervenção terapêutica tiveram partos eutócicos. Todos os factos com que a estudante se deparou, vão ao encontro do que refere a mais recente evidência científica patente na *ScR*.

No que concerne ao objetivo **“Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN inerentes à adaptação à vida extra-uterina”** a aluna considera ter cumprido todas as atividades estabelecidas. Este objetivo foi operacionalizado através dos cuidados imediatos prestados aos RNs nascidos de partos distócicos ou eutócicos, realizados por outros EESMOs ou médicos obstetras. Ao longo deste EC foram prestados cuidados imediatos a 31 RNs. Estes cuidados são realizados pelo EESMO em colaboração com o pediatra, na sala de reanimação neonatal. Esta sala é composta por duas mesas de reanimação com ventilador, aquecedor e balança incorporados. Também, aqui, houve o cuidado de criar um ambiente promotor de uma saudável adaptação do RN ao meio extra-uterino (ambiente aquecido, tranquilo, acolhedor e seguro), indo ao encontro da teoria que norteou a prestação de cuidados da aluna, Teoria do Ser Humano Unitário de *Martha Rogers*.

O facto dos cuidados imediatos ao RN serem realizados em colaboração com os pediatras, constitui um momento privilegiado de partilha de saberes, favorecendo a aquisição de novos conhecimentos e competências, conduzindo a uma prestação de cuidados especializados e de excelência ao RN.

Após a expulsão/ extração do RN e, sempre que a estabilidade da díade permitia, este era colocado em contato pele a pele com a mãe, dando-se início ao processo de vinculação. Seguidamente, o RN era encaminhado para a sala de reanimação neonatal para se proceder a uma observação cuidada e prestação de cuidados imediatos, de acordo com as necessidades identificadas (visão holística do RN). Posteriormente, o RN era colocado junto da mãe e pessoa significativa, de modo a dar continuidade ao processo de vinculação, entre a tríade, e de forma a dar início ao processo de amamentação (caso não tivesse ocorrido no primeiro contacto pele a pele). Os cuidados prestados tiveram por base o descrito no RCEEESMO “3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido; 3.1.5 - Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; 3.2.7 - Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina”.

Nos casos particulares de partos por cesariana, não foi possível estabelecer o contacto pele a pele entre a díade, no BO. No entanto, imediatamente após os cuidados ao RN e aquando a puérpera já se encontrava no recobro, os RNs eram colocados junto das mães promovendo a vinculação e dando início ao processo de amamentação. Após a mamada, o RN era entregue à pessoa significativa com quem permanecia na sala de partos, até a mãe ter alta do recobro.

Relativamente ao objetivo **“Desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais, garantindo a qualidade dos cuidados”**:

No decurso do estágio, a estudante teve oportunidade de observar/ acompanhar as enfermeiras cooperantes no desempenho de atividades de gestão dos cuidados, gestão dos recursos humanos, gestão dos recursos materiais (material de uso clínico/ não clínico, sua distribuição pelas diversas áreas do serviço e verificação de prazos de validade), requisição de medicação necessária, verificação da sala de reanimação neonatal e validação do carro de emergência. As enfermeiras cooperantes, em alguns turnos, assumiram a função de chefe de equipa o que facilitou a perceção das dinâmicas do serviço, no que concerne às atividades de coordenação/ liderança da equipa, bem como atitudes a ter perante situações problemáticas e sua resolução. Com esta observação tornou-se evidente a importância do papel do enfermeiro especialista na área da gestão dos cuidados e de que forma as suas funções influenciam a qualidade e segurança da prestação de cuidados à grávida/ RN/ família, tal como contemplado no RCCEE (Regulamento no 140/2019) “C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...); C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

Devido à pandemia por SARS-COV-2, houve necessidade de proceder a algumas alterações nas salas de parto, nomeadamente, ter o mínimo de material de uso clínico no seu interior, pelo risco da sua contaminação em caso de deteção de Covid 19. Nesse sentido e a fim de evitar o desperdício de material, organizou-se um carrinho de apoio, com todo o material necessário, ficando este no exterior das salas de parto. Em caso de necessidade de material numa das salas de parto, seria um colega do exterior a providenciar o mesmo. A seleção dos materiais, a sua organização nas diferentes gavetas do carrinho e respetiva identificação, foi da inteira responsabilidade da estudante.

Considera-se que, relativamente a este objetivo, foram adquiridas competências relativas à otimização de recursos humanos e materiais, assim como de otimização do trabalho de equipa com adequação dos recursos às necessidades dos cuidados, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos.

No que concerne ao objetivo **“Desenvolver capacidade reflexiva, crítica e de avaliação, em contexto de ensino clínico”** todas as atividades delineadas foram realizadas.

A prática reflexiva constitui ferramenta fundamental na aprendizagem experiencial, possibilitando ao profissional melhorar a sua capacidade de aprender através das experiências vivenciadas diariamente. O desenvolvimento de capacidade reflexiva possibilita que o profissional se torne entendedor das suas ações, pois ao realizar uma retrospeção acerca dos seus atos começa

a controlar a sua experiência e a compreendê-la. Relativamente aos estudantes de enfermagem, o processo reflexivo vai permitir o desenvolvimento de níveis mais avançados de aprendizagem e desempenho clínico, estimulando-lhes a criatividade, através da atribuição de novos significados aos mais diversos conceitos (Santos, 2009).

Ao longo do EC, vários foram os momentos informais em que a estudante teve oportunidade de refletir/ discutir com as enfermeiras cooperantes e restante equipa, acerca da sua conduta, conhecimentos e prestação efetiva de cuidados. Estes momentos de reflexão são fundamentais pois, ajudam a ter a perceção em que áreas de saber se deve “investir” e quais as estratégias a adotar, rumo a uma prestação de cuidados de excelência. Sensivelmente a meio do EC, foi realizada uma reunião informal de avaliação intermédia, na qual a estudante e as enfermeiras cooperantes, debateram o seu percurso formativo, tendo por base o instrumento de avaliação fornecido pela escola. A reunião final de avaliação contou com a presença da professora orientadora e constituiu mais um momento pertinente de reflexão acerca da conduta da aluna, uma vez que permitiu fazer, em conjunto com as enfermeiras cooperantes, uma retrospectiva do caminho percorrido pela mesma. Todos estes momentos permitiram o desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, da melhoria contínua, da tomada de decisão, da prática clínica baseada em evidência científica (RCCEE - Regulamento n.º 140/2019), e do cumprimento das normas éticas e deontológicas relativas à excelência do exercício e aos deveres para com a profissão (OE, 2015b).

O objetivo **“Desenvolver um relatório de estágio acerca do uso da música (enquanto cuidado) no trabalho de parto, para submeter a discussão pública”** contemplou várias atividades, desenvolvidas ao longo do EC e cujo culminar se encontra refletido no presente relatório.

Durante o EC, foi desenvolvida uma *ScR* subordinada ao tema: Cuidar com Música: Intervenção do EESMO na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto. Neste BP, o uso da música como cuidado, ainda é pouco explorado pelo EESMO, pelo que a partilha da mais recente evidência científica, com toda a equipa de enfermagem, revelou-se uma mais valia, no sentido da promoção do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados especializados. Esta partilha de conhecimentos foi realizada através da exposição de um PÓSTER (Apêndice II) no serviço, método que se achou mais adequado, face à situação pandémica.

Devido ao espaço temporal existente entre o *terminus* do EC e o *terminus* do presente relatório, a *ScR* teve que ser atualizada com a mais recente evidência científica, facto que veio enriquecer, ainda mais, este documento.

A concretização deste objetivo vai ao encontro do exposto no RCCEE (Regulamento nº 140/2019) no que concerne ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao

Enfermeiro Especialista compete sustentar a sua praxis clínica especializada em evidência científica e responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.

Todas as atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos, no âmbito do presente mestrado, encontram-se no ANEXO II.

2 USO DA MÚSICA, COMO CUIDADO, EM ENFERMAGEM

A música está presente no quotidiano do homem sob as mais diversas formas, sendo anterior à própria linguagem (Levitin, 2021). Segundo Gonzalez, Nogueira e Puggina (2008), a música consiste num estímulo auditivo complexo que afeta as dimensões psicológicas, fisiológicas e espirituais da pessoa. As raízes dos nervos auditivos encontram-se, amplamente, distribuídas e possuem conexões mais extensas do que quaisquer outros nervos do corpo. Por isso, os sons musicais são captados e vão atuar, diretamente, sobre as células e órgãos do corpo e, indiretamente, mobilizando as emoções que vão ter influência em múltiplos processos corporais que propiciam o relaxamento, bem-estar, alívio da dor, entre outros... Santos & Coronago (2017) acrescentam que esta é responsável pela união de pessoas, famílias, costumes, culturas e capaz de acalmar a alma, bem como proporcionar momentos de prazer e bem-estar.

Desde os tempos antigos que a música é utilizada com vista à melhoria do bem-estar físico, emocional e mental dos indivíduos. Há milénios, já os xamãs (médicos primitivos da sociedade) usavam os sons para tratamento do corpo e da alma. As sociedades primitivas davam maior importância aos cânticos, que diziam ser mágicos, do que às ervas medicinais (Graciano, 2003). Relatos históricos e mitológicos comprovam isso. Na Grécia antiga, a Medicina e a Música encontravam-se interligadas visto que Apolo era, em simultâneo, Deus da Medicina e da Música (Junior et al., 2012). Também na Grécia antiga, Platão e Pitágoras descreviam a música como um recurso capaz de harmonizar o ser humano (Leão, 2012).

No que concerne à profissão de enfermagem, o interesse pelo uso da música, como recurso terapêutico, não é de agora e tem vindo a crescer ao longo dos tempos.

Em 1856, a pioneira da enfermagem Florence Nightingale começou por usar a música, como recurso terapêutico e enquanto estratégia de humanização dos cuidados de saúde, com os soldados feridos, na Guerra da Crimeia. Posteriormente, na 1ª e 2ª Guerras Mundiais, as enfermeiras Isa Maud Ilsen e Harryet Seymour, seguiram as suas pisadas e, também, implementaram o uso da música, como cuidado, para alívio da dor física e emocional dos soldados feridos (Taets & Barcellos, 2010; Leão, 2012).

A música pode ser terapêutica, sem ser terapia (Bergold, 2003). Emerge, então, a necessidade de fazer a distinção entre musicoterapia e o uso da música como cuidado/ recurso terapêutico.

Para Backes et al., (2003) musicoterapia consiste no uso de música e/ou instrumentos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) pelo musicoterapeuta e pelo cliente/ grupo, num processo estruturado para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) para desenvolver potenciais ou recuperar funções do indivíduo, de forma que ele possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Yinger & Gooding (2015) acrescentam que esta terapia é desenvolvida por um técnico, com formação e treino específicos, o que o habilita a fazer uso da música na prática clínica, com o intuito de atingir um determinado fim/ objetivo. Já o uso da música, como cuidado, é bem mais amplo, consiste numa prática com fins terapêuticos que pode ser desenvolvida por qualquer profissional de saúde, não necessitando o mesmo de treino específico (Yinger & Gooding, 2015). A música, como cuidado ou intervenção terapêutica, constitui uma forma inovadora, simples e criativa que contribui para o alívio da dor, tratamento de distúrbios psicossomáticos (como o *stress* e a ansiedade), físicos e espirituais. Contribui, também, para um maior bem-estar, conforto, tranquilidade, descontração e alegria da pessoa, alvo da intervenção terapêutica (Backes et al, 2003). É indicado como método não farmacológico que se encontra entre as estratégias mais eficazes na gestão da dor e distração, para além de apresentar um alto nível de aceitação pelos utentes (Torchi & Barbosa, 2006). Para além disso, constitui uma estratégia importante na humanização dos cuidados inerentes à hospitalização, onde o utente se sente inseguro, vulnerável, num ambiente pouco familiar, causador de ansiedade, medo e *stress* (Bergold, 2005). A música vai contribuir para que o foco de atenção se altere, proporcionando um ambiente favorável ao relaxamento e abstração (Bergold & Sobral, 2003; Bergold, 2005). A OE considera que a música, enquanto recurso terapêutico complementar, constitui uma ferramenta muito útil no cuidar em enfermagem e enquadra-a nas técnicas não farmacológicas cognitivo-comportamentais (OE, 2008; Wells, Pasero e McCaffery, 2008), estando indicada no controlo da dor leve a moderada (Bernatzky et al, 2011). Esta pode ser utilizada pelos enfermeiros, como recurso adjuvante na gestão da dor (Allred, Byers e Sole, 2010; Vaajoki et al, 2012; Cole & Lobiondo-Wood, 2014). De acordo com Cole e LoBiondo-Wood (2014), a música, como cuidado, constitui uma intervenção autónoma da enfermagem cuja prática é segura, com ótimo custo benefício e que pode ser, facilmente, incorporada no processo de cuidar. Augé (2009) acrescenta que há que ter em conta os seguintes fatores: tempo, ritmo, melodia, frequência, amplitude e volume das músicas.

Tanto a música como os processos fisiológicos (batimentos cardíacos, pressão sanguínea, ondas cerebrais, temperatura corporal, digestão, estimulação da hipófise...), envolvem ritmos e vibrações que ocorrem de forma regular, periódica e oscilante. O ritmo e o andamento da música podem ser usados para sincronizar ou colocar em sintonia os ritmos corporais (por exemplo, frequência cardíaca e padrão respiratório), resultando em alterações significativas nos estados fisiológicos (Lindquist, Snyder e Tracy, 2014). Os mesmos autores afirmam que, certas propriedades da música (menos de 80 batidas por minuto, com ritmo regular e fluido) podem ser usadas de modo a promover o relaxamento, fazendo com que os ritmos corporais diminuam ou acompanhem uma batida mais lenta e um ritmo regular e repetitivo.

O uso da música, como recurso terapêutico, ao interferir com a fisiologia do organismo humano vai promover alterações ao nível da frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, metabolismo, relaxamento muscular, redução de estímulos sensoriais, tais como a dor (Nóbrega & Sousa, 2013). Vai, ainda, interferir ao nível da respiração, oxigenação, circulação sanguínea, humor, níveis de *stress*, tensão, medo e ansiedade (Bergold & Alvim, 2009; Castro, 2009), estando estes últimos, diretamente, associados à percepção da dor (Gamst-Jesen et al, 2014). Para Chlan e Halm (2013), a música consiste num poderoso instrumento de distração, cujos sons vão invadir os canais cerebrais com um estímulo agradável, em vez de ocorrer a propagação de um sinal de dor ou ansiedade. Leão & Silva (2004) acrescentam que a música ao induzir o relaxamento afeta os níveis de endorfinas libertados (o analgésico natural do nosso organismo), conduzindo à diminuição do *stress* e dor, proporcionando assim uma experiência positiva.

O uso da música induz a mudanças de humor e comportamento, tem a capacidade de restabelecer o equilíbrio das dimensões humanas, proporciona bem-estar, diminuição da tensão e medo, induz ao relaxamento, confere sensação de paz, segurança, alívio da dor (Fonseca et al. 2006; Tabarro et al. 2010), torna o ambiente acolhedor, invoca recordações positivas e de superação, ajudando a pessoa a enfrentar de forma positiva o tempo de hospitalização (Silva et al. 2008), assim como reduz o consumo de analgésicos (Cassileth & Gubili, 2010; Nociti, 2010).

Apesar dos benefícios referidos, há que ter em conta se a música faz parte do contexto de vida da pessoa que se nos apresenta, pois se não faz, o seu uso pode ser gerador de *stress*, ansiedade, chegando mesmo a ser prejudicial. De acordo com Bergold & Alvim (2009), as respostas individuais ao estímulo musical podem ser influenciadas por preferências pessoais, experiências, características demográficas, ambiente, educação e fatores culturais. Por isso, há que ressaltar que o foco de atenção deverá ser a pessoa e não a música, daí, a necessidade de dar uso à música de forma ética e consciente, respeitando a autonomia da pessoa na escolha musical ou de, simplesmente, permanecer em silêncio.

A grande maioria dos achados científicos apontam o uso da música como uma ferramenta valiosa no processo de humanização dos cuidados. Bergold (2005) e Castro (2009) corroboram que o uso da música vai contribuir para uma assistência de enfermagem diferenciada, onde é valorizada a integralidade e singularidade da pessoa, contribuindo assim para a humanização dos cuidados e do próprio ambiente hospitalar (ambiente, este, onde o utente se sente isolado, inseguro, na presença de pessoas desconhecidas, ouvindo conversas técnicas e de difícil compreensão). A intervenção musical fornece ao utente um estímulo familiar, reconfortante, que pode evocar sensações prazerosas, enquanto concentra a atenção do indivíduo na música (distracção) em vez deste se focar em pensamentos *stressantes*, dor, desconforto ou outros estímulos ambientais. De acordo com Ferreira (2016), a música é responsável por manter a harmonia entre o corpo e a mente e constitui um método terapêutico alternativo desde 1998.

2.1 HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Outrora, o parto ocorria nos domicílios, sendo considerado um evento familiar, centrado na mulher, e eram as parteiras que prestavam a assistência necessária à díade mãe-filho. Nas últimas décadas, ocorreram inúmeras alterações no que respeita à prestação de cuidados à mulher, no seu ciclo gravídico-puerperal. Por influências do modelo hospitalocêntrico, biomédico e tecnológico do parto, este evento passou a requerer a presença de profissionais de saúde, passando a ser medicalizado e centrado em técnicas intervencionistas, despersonalizando a condição feminina (Lima et al., 2015).

Em 2018, a OMS elaborou um conjunto de novas recomendações de forma a garantir uma experiência de parto positiva (*“WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience”*). As recomendações são apresentadas de acordo com o contexto de cuidados para o qual são relevantes, nomeadamente, cuidados gerais durante o TP e parto; cuidados durante a primeira, segunda e terceira fases do TP; cuidados imediatos ao RN; e os cuidados imediatos à mulher, após o nascimento. Têm como objetivo: estabelecer padrões de atendimento globais para grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no TP de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos efetivos de complicações (OMS, 2018). Estas novas recomendações destacam a importância do cuidado holístico, centrado na mulher e nas suas reais necessidades, de modo a otimizar a experiência do TP e parto, quer para as mulheres/ RNs/ pessoa significativa, tendo por base os direitos humanos. Visam, ainda, a humanização dos cuidados, respeito pela fisiologia do parto, com consequente diminuição do intervencionismo; promoção da autonomia, do respeito e do empoderamento da mulher, durante o TP e parto (OMS, 2018). Em suma, as novas recomendações

com vista a uma experiência de parto positiva, são as mesmas que para um parto humanizado, uma vez que os princípios e finalidades são iguais.

O termo “humanizar”, associado à assistência a parturientes, tem como premissa melhorar as condições do atendimento à mulher, RN e pessoa significativa, mediante a reivindicação de ações que visam a autonomia, a liberdade de escolha, a equidade, a não violência de género e ao resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada (Busanello et al., 2011). Esta humanização visa promover uma assistência holística de qualidade, com a mulher no centro dos cuidados, compreendendo e respeitando as suas dimensões bio-psico-sócio-cultural e espiritual. Esta compreensão da mulher, enquanto pessoa inserida na família e na comunidade, vai potenciar cuidados individualizados de excelência, tornando o parto mais fisiológico, através da diminuição de intervenções desnecessárias e na inserção de práticas que reduzam o desconforto emocional e físico, conferindo bem-estar à mulher/ RN/ família e a dignidade de que este evento carece (OE, 2015a).

No TP e parto, a mulher passa por mudanças orgânicas e corporais abruptas, bem como vivencia emoções intensas, num curto período de tempo (Lopes et al., 2009). A intensidade da dor e a imprevisibilidade do momento, vão ter influência na ansiedade, insegurança, sofrimento e, conseqüentemente, na forma como a mulher experiencia o TP e parto (Pereira, Franco & Baldin, 2011). Durante anos, este acontecimento e os sentimentos envolvidos serão recordados, ao mais ínfimo pormenor. A satisfação da mulher relativamente ao parto, vai ter influência de fatores como a cultura, expectativas, experiências, conhecimentos sobre o processo, mas sobretudo pelos cuidados recebidos no TP e parto.

Em ambiente hospitalar, ainda se observa muito o predomínio de uma assistência tecnológica e medicalizada. Porém, o EESMO tem vindo a construir uma história diferenciada, trabalhando numa ótica holística e humanizada. Este, tem-se mostrado um elemento fundamental na desmedicalização do TP e nascimento, devido à sua capacidade, habilidade e influência, aliados à autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente (Reis et al., 2016). De acordo com a OMS, os EESMOs são considerados como os profissionais mais apropriados no acompanhamento da gravidez de baixo risco e parto normal, por possuírem características menos interventivas no cuidar (OE, 2015a). O uso de práticas que não afetam a fisiologia do parto e que vão ao encontro do preconizado pela OMS, qualifica o cuidado prestado e valoriza o trabalho desenvolvido pelos EESMOs, além de reduzir as práticas intervencionistas sem adequada indicação clínica ou comprovação científica (Carvalho & Silva, 2019). O EESMO surge, então, como figura central na promoção da humanização do TP e nascimento, desenvolvendo práticas de cuidado não invasivas à fisiologia do corpo

feminino, à sua mente e privacidade. Ao prestar cuidados humanizados, o EESMO vai conseguir estabelecer uma relação de confiança com a parturiente, o que vai contribuir para que, mesmo nos momentos em que é necessário prestar cuidados, envolvendo a intimidade do corpo biológico ou sociocultural, esses não sejam percebidos como processo de invasão de privacidade. De acordo com Alencar et al. (2019), ao estabelecer um vínculo de confiança e segurança com a parturiente/ pessoa significativa, o EESMO vai conseguir perceber quais as suas reais necessidades, quais os fatores geradores de *stress* e pôr em prática um plano de cuidados individualizado e de qualidade, num ambiente tranquilo e satisfatório, conferindo conforto e bem-estar para a parturiente/ pessoa significativa.

Segundo Gallo et al. (2011), cabe ao EESMO proporcionar cuidados que visem o respeito pelos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidência científica, garantindo o acesso da parturiente a recursos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio da dor no TP. A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando a sua participação ativa e do seu acompanhante, durante o TP e nascimento, estando associadas poucas contra-indicações ou efeitos colaterais.

Entre os recursos não farmacológicos que contribuem para a humanização do TP surge o uso da música, como cuidado.

2.2 USO DA MÚSICA, COMO CUIDADO, NO TRABALHO DE PARTO

O parto consiste num evento fisiológico e social envolto de perceções, sensações, sentimentos, temores e emoções (Fujita et al., 2015). Sendo um dos acontecimentos mais marcantes na vida de uma mulher/ casal e, embora seja psicologicamente aceite como natural para a grávida, é também socialmente associado a dor e desconforto, gerando medo e ansiedade à medida que a gravidez avança (Fujita et al., 2015; Pedro & Oliveira, 2016). Valente (2017), acrescenta que apesar de se tratar de um processo fisiológico no qual a dor é natural e esperada, uma vez comprovada a existência de TP ativo e a regularidade das contrações, a dor pode e deve ser aliviada, pois pode ser prejudicial tanto para mãe, quanto para o bebé.

O alívio da dor/ desconforto contribui para o aumento do bem-estar físico e emocional da parturiente devendo ser considerado, pelo EESMO, como uma prioridade. A dor experienciada, neste período, emerge como produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, sendo a percepção da dor de cariz único e individual (FAME & APEO, 2009). De acordo com a OE (2015a), cabe ao EESMO ter conhecimento profundo acerca da fisiologia da dor do TP, devendo dissociá-la do conceito cultural de “dor que precisa de tratamento”. É importante que o

EESMO reconheça que, durante o TP, todas as mulheres vão experienciar algum nível de dor (fisiológica), devendo saber mobilizar todos os recursos fisiológicos da mulher para a gerir.

A gestão da dor, durante o TP, deve ser centrada na mulher e nas suas necessidades, e não orientada medicamente. A OMS salienta que o parto deve ser visto como um evento natural, não necessitando de controlo, mas sim de cuidados, e que o profissional de saúde somente deve intervir quando necessário, contribuindo assim para uma experiência de parto positiva. No entanto, o intervencionismo ainda se encontra muito presente, justificado pela necessidade de melhorar os desfechos maternos e neonatais, através da prevenção de risco. Esta abordagem intervencionista, mesmo aquando da ausência de indicações claras para o efeito, tem resultado na diminuição da capacidade das mulheres para parir de forma natural, afetando negativamente a experiência do nascimento (OMS, 2018).

Em 1996, a OMS elaborou um documento sobre a diferenciação dos cuidados à parturiente e família. O objetivo era propor recomendações sobre as intervenções que deveriam ser utilizadas para apoiar o processo do parto normal. Nesse documento, definiu que se deveria recorrer a métodos não invasivos, não farmacológicos, de gestão da dor no TP (como por exemplo a liberdade de posição e movimentos da mulher, o uso da música, massagem entre outros...) (OMS, 1996). Os profissionais de saúde devem ajudar as mulheres a lidar com a dor própria do TP, sendo que os métodos de gestão da dor, mais efetivos e seguros, são os de abordagem não farmacológica (OMS, 1996). Segundo a OE (s.d.), as medidas não farmacológicas para o alívio da dor ajudam a ter um parto normal com maior conforto e tranquilidade, proporcionando à mulher uma experiência enriquecedora e positivamente marcante. Katzer (2016) acrescenta que a utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor garantem, à mulher, uma maior autonomia no decorrer do TP, diminuindo a sensação de dor, tensão e *stress*, tornando este processo o mais fisiológico possível. Tal como foi referido anteriormente, o uso da música, como cuidado, encontra-se inserido nos métodos não farmacológicos.

O uso da música como cuidado/ intervenção terapêutica no TP constitui uma ferramenta poderosa pois vai ajudar a parturiente a concentrar a sua atenção na música descentralizando-se da dor, do desconforto e do medo, promovendo o relaxamento, redução da ansiedade, conforto, tranquilidade, bem-estar físico e psicológico, e sensação de segurança (Bergold, 2003; Fujita, Nascimento & Shimo, 2015). De acordo com Castro (2009), Browning (2000) e Fujita, Nascimento & Shimo (2015), a música consegue humanizar o ambiente, contribuindo para a redução dos níveis de stress e ansiedade, fazendo com que a mulher se sinta mais relaxada e segura do seu poder de parir, refletindo-se assim na percepção de dor. Fujita, Nascimento & Shimo (2015) acrescentam que o uso da música no TP aumenta o vínculo entre a mulher e o profissional de saúde.

Tal como a estudante referiu, anteriormente, esta temática ainda é pouco explorada quer nas consultas de vigilância da gravidez, quer nos CPNP, facto que contribui para que as mulheres desconheçam: os benefícios deste recurso terapêutico; que podem realizar uma playlist personalizada ou sequer escutar música durante o TP. É de extrema importância que seja desenvolvido um bom trabalho de empoderamento, durante a gravidez, pois só assim se pode garantir que as mulheres sejam mais proativas na tomada de decisão, chegado o momento de parir.

De acordo com Jardim, Silva & Fonseca (2017), o período pré-natal constitui um momento de ouro para empoderar as mulheres, ensinando e transmitindo informações, tendo por base as melhores evidências científicas, para que no TP e nascimento o processo de tomada de decisão seja livre e verdadeiro.

De acordo com Gentz (2001), as mulheres devem ser informadas sobre a eficácia do uso da música, no que concerne ao relaxamento e redução da dor no TP. Devem ser incentivadas a preparar uma playlist, com as suas músicas preferidas e levar para a maternidade ou local do nascimento. O uso de auscultadores pode potenciar a eficácia deste recurso, devido à exclusão de outros sons. A música ao vivo, junto da utente, proporcionada por uma figura de suporte, pode também ser útil para transmitir boa energia, diminuir a tensão e elevar o humor.

Nos dias de hoje, como consequência do desenvolvimento da tecnologia informática, a acessibilidade à música encontra-se facilitada (Bergold, 2003). No meio hospitalar, os telemóveis, tablets ou ipads são boas opções e os casais devem ser incentivados a utilizar e a escolher música, de acordo com as suas preferências (Martin, 2014).

Durante o TP, a música suave/de relaxamento é a melhor opção (Martin, 2014). Porém, são vários os tipos de música utilizados, em contexto de TP, e com benefícios comprovados, tais como: os sons da natureza (Wigram & Grocke, 2007), a *new age music* (Browning, 2000) e a música clássica (Browning, 2000; Wigram & Grocke, 2007). Segundo Benenzon (1988), ouvir a música de preferência, expele o efeito terapêutico da mesma, tornando-se de extrema relevância atender às preferências musicais da parturiente.

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. Relativamente ao RN, a música permite acalmá-lo pois estabiliza a tensão arterial, o batimento cardíaco e a respiração, melhorando a saturação periférica de oxigénio (Martin, 2014). Tabarro et al. (2010) e Campos (2015) acrescentam que os RNs, cujas mães utilizaram a música durante o TP, são bebés que choram menos, para além de acalmarem mais facilmente quando escutam as músicas a que foram expostos, durante o nascimento.

O uso da música como cuidado surge, então, como uma intervenção autónoma da enfermagem que vai enriquecer a prestação de cuidados desenvolvida pelo EESMO. Constitui um recurso acessível, versátil e com efetiva contribuição terapêutica (Ferreira, 2016). Para além disso, é uma estratégia de fácil aplicabilidade, de baixo custo e que não possui efeitos colaterais (Fujita, Nascimento & Shimo, 2015).

Apesar de comprovadas as diversas vantagens do uso da música, enquanto recurso terapêutico, ainda se constata um défice de conhecimento, por parte dos profissionais de enfermagem, quanto à sua integração no processo de cuidar ou simples descrença face aos reais resultados do uso da música como cuidado (Nóbrega & Sousa, 2013). Rodrigues et al. (2019) acrescenta que ainda existe uma resistência, por partes dos profissionais de saúde, na adesão a recursos terapêuticos não-convencionais, ficando evidente que a assistência à saúde da mulher é ainda conservadora, remetendo-nos para um modelo de saúde tradicional.

3 A CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A prestação de cuidados em enfermagem tem na sua base um quadro de referência que engloba conceitos, valores, crenças e pressupostos, que correspondem à nossa conceção de cuidar. Neste sentido, a **Teoria do Ser Humano Unitário de Martha Rogers** foi a que norteou a prestação de cuidados da estudante.

O sistema conceitual de *Rogers* tem por base diversas disciplinas (tais como, a antropologia, a psicologia, a sociologia, a astronomia, a religião, a filosofia, a história, a biologia, a física, a matemática e a literatura) tornando-se de tal forma inovador pelo que continua a impactar a enfermagem, nos dias de hoje (Kamiyama, 1984).

Para *Rogers*, o foco da ciência da enfermagem é o ser humano unitário, que é contínuo, indivisível, evolutivo, incerto, em constante troca energética com o ambiente, e que utiliza de forma contínua o seu potencial criativo, ao readaptar-se às mudanças que ocorrem nos campos humano e ambiental (Sá, 1994). Como pressupostos, os campos de energia humana e ambiental encontram-se agregados, os seus padrões e conceitos de bem-estar interrelacionados, e a saúde associada ao bem-estar e às alterações dos padrões (Mcewen & Wills, 2016). O ser humano unitário tem integridade própria e habilidades de abstração, imaginação, linguagem, pensamento produtivo, sensibilidade e emoção. O enfermeiro, dado que é um ser humano criativo, com potencial inovador, vai ter um papel fundamental ao apoiar no defrontar das alterações que ocorrem nos padrões energéticos dos campos humano e ambiental (Sá, 1994).

A compreensão de uma visão integral, relacionada com a interação entre os campos humanos e ambiental, de uma maneira não linear rítmica e aberta, direciona a descrição do processo vital e o seu desenvolvimento, fomentando o conceito da Homeodinâmica. A Homeodinâmica corrobora com o desenvolvimento do processo de cuidar do ser humano, valorizando a sua relação criativa e contínua com o meio ambiente, permitindo ações e práticas de cuidado diversificadas, centradas nos seguintes princípios:

Integralidade (ação que permite a troca mútua e simultânea entre os campos humanos e ambientais); Ressonância (princípio fundamentado nas mudanças no padrão humano e ambiental, ocasionadas pelas trocas energéticas, com várias frequências de ondas e intensidades); e Helicidade (sugere que a mudança de direção que acontece, entre o campo humano e ambiental, ocorra de

maneira rítmica, promovendo respostas complexas, diversificadas ou novos padrões) (Rogers, 1990; Sá, 1994; George, 2000).

A Teoria Rogeriana possibilita ampliar o olhar do cuidado de Enfermagem, direcionando-o para os aspetos intrínsecos à Fenomenologia. De acordo com a Fenomenologia, o ser humano é um ser concreto, aberto, voltado em todas as direções, que se permite ultrapassar e romper barreiras, por ser transcendente (Sá, 1994; Heidegger, 1999).

A capacidade de transcendência humana caracteriza-se, também, pelas infinitas possibilidades na utilização do seu potencial criativo, algo proposto pela Teoria do Ser Humano Unitário, como um dos principais potenciais para a consolidação de uma prática de cuidados congruente e inovadora que permita novas possibilidades terapêuticas (Sá, 1994)

Rogers defendia que o ensino superior deveria guiar a prática profissional de enfermagem, quebrando os limites impostos, impulsionando a mudança de visão no mundo dos profissionais, tornando-os recetivos a novas ideias e práticas e, acima de tudo, aptos a realizar pesquisas científicas de modo a fortalecer a base teórica da enfermagem (Phillips, 2019). Face às novas modalidades terapêuticas existentes, *Rogers* destacou a importância da compreensão e a aproximação do cuidado de enfermagem através do desenvolvimento de algumas práticas holísticas, tais como: o toque terapêutico, o uso da música, a meditação, a cromoterapia, entre outros (Rogers, 2019). A Teoria *Rogeriana* fortalece, portanto, o olhar holístico e integrado da prática dos cuidados de enfermagem, no uso de métodos terapêuticos não invasivos, baseados na evidência científica e que explorem a interação simultânea entre os campos pandimensionais humano e ambiental (Sá, 1994).

Assim e aquando da admissão das utentes, a estudante preocupou-se em ter uma visão holística da mulher, para além de desenvolver uma prestação de cuidados tendo em conta a monitorização, regulação, manutenção e alteração do ambiente envolvente, promovendo um equilíbrio energético, com vista à harmonia e bem-estar da mulher/ pessoa significativa (Princípio da Integralidade e Ressonância).

A estudante teve o cuidado de compreender as reais necessidades da mulher, adequando os cuidados, a informação a transmitir, bem como esclarecer todas as dúvidas que pudessem existir de forma a permitir, à mesma, fazer escolhas conscientes, de acordo com as suas crenças e valores. Dado que a mulher/ pessoa significativa estão em constante interação com o meio envolvente e que este vai ter influência direta no desenvolver de todo o TP, houve uma preocupação, da estudante, em proporcionar um ambiente harmonioso, acolhedor (com temperatura e iluminação adequadas ao gosto da utente), tranquilo, seguro e o mais familiar possível. Neste sentido, tomam destaque os métodos não farmacológicos de alívio da dor e promoção de conforto e bem-estar.

Aquando da admissão das utentes, foi-lhes transmitido quais os métodos não farmacológicos existentes no serviço e grande parte das mulheres já tinham feito a sua escolha. Foram esclarecidas dúvidas acerca das diversas opções, sendo que a liberdade de posição e movimentos, exercícios na bola suíça, massagem, exercícios respiratórios, duche morno e o uso da música foram os métodos mais utilizados.

Na prática de cuidados, a estudante considera que a meta a atingir foi definida sempre em conjunto com a mulher/ pessoa significativa, adequando às expectativas que tinham do TP. Acima de tudo, o objetivo da estudante de ESMO, foi aperfeiçoar a sua forma de cuidar e acompanhar o TP, promovendo e protegendo ativamente o bem-estar do binómio mãe-filho, proporcionando um parto humanizado e positivamente marcante.

Relativamente ao uso da música como cuidado, na promoção do bem-estar da mulher no trabalho de parto, e de acordo com o feedback dado pelas parturientes, a música contribuiu para um ambiente mais calmo, tranquilo e familiar, propício ao relaxamento tendo contribuído, também, para o alívio da dor uma vez que é causadora de distração.

Uma enfermagem eficaz, à luz da teoria de Rogers, envolve criar um ambiente que promova o equilíbrio energético, contribuindo para a harmonia e bem-estar do indivíduo. Assim, a música surge no contexto de TP como uma ferramenta útil que vai contribuir para a adequação do ambiente à mulher promovendo o seu equilíbrio emocional e físico, contribuindo para uma experiência de parto positiva e satisfatória.

4 METODOLOGIA: SCOPING REVIEW

Uma *ScR* representa uma metodologia que procura agrupar as evidências de diversos estudos e, através da utilização de métodos rigorosos e transparentes, sintetizá-las e aplicá-las na prática. Segundo Amendoeira (2022), é considerada um instrumento essencial para a enfermagem enquanto ciência, complementando com a experiência profissional, com vista à sustentação da prática baseada na evidência.

No sentido de procurar a mais recente evidência científica, desenvolveu-se uma *ScR* subordinada ao tema “Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto.”, aplicando os princípios orientadores do *JBI*. O protocolo de revisão (ANEXO I) teve como ponto de partida uma questão do tipo PCC: “Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?”, em que (P) representa os participantes; (C) os conceitos e (C) o contexto. Como objetivo pretende-se: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: *Labor Pain; Labor, Obstetric; Music Therapy e Obstetric Nursing*. Estes foram, previamente, validados como descritores *Mesh*, na plataforma *Mesh Browser 2019*.

Em seguida, foram definidos os critérios de inclusão, com o objetivo de encontrar evidência científica relacionada com a questão colocada. Foram, então, definidos os seguintes critérios de inclusão:

Tipos de participantes - EESMO ou Parturiente

Conceitos - Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto – Bloco de Partos

Tipos de estudos - Todos os tipos de estudos

Não foram definidos critérios de exclusão específicos, pois previa-se excluir apenas os artigos que não correspondessem aos critérios de inclusão, de forma a maximizar os resultados a analisar.

A primeira pesquisa foi realizada em Abril de 2021 e para a identificação dos artigos foi utilizada a plataforma *online: EBSCOhost (Elton Bryson Stephens Company Host)*.

No Quadro nº 1, estão apresentadas as bases de dados utilizadas e os limitadores selecionados para cada uma delas.

Quadro nº 1 - Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores

Base de dados	Limitadores específicos	Limitadores genéricos
MedicLatina	- Texto completo em PDF	- Booleano/ Frase - Pesquisar também no texto integral dos artigos - Aplicar palavras relacionadas - Texto integral - Data de Publicação: Janeiro de 2016 – Março de 2021. Data de Publicação: Janeiro de 2019 – Setembro de 2023 (friso considerado)
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	- Texto completo em PDF	
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	- Resumo disponível - Prática baseada em evidência - Qualquer autor é enfermeira - Humano - Gravidez - Texto completo em PDF	
MEDLINE Complete	- Resumo disponível - Humano	

Inicialmente, pesquisou-se de forma individual cada um dos descritores *MeSH*, nas bases de dados, recorrendo aos limitadores de pesquisa apresentados no Quadro nº 1. Seguidamente, cruzaram-se os descritores, relacionando-os através dos operadores booleanos **“AND”** e **“OR”**, concluindo-se que a expressão de pesquisa, mais próxima do pretendido e, que fornecia mais resultados seria: **“Music therapy” AND “Labor pain” OR “Labor, Obstetric” AND “Obstetric Nursing”**. Em junho de 2022, houve necessidade de repetir pesquisa, de modo a mapear evidência científica mais recente; em setembro de 2023, foi repetida pesquisa, com o mesmo intuito. Foram usados os mesmos descritores e limitadores, excetuando o friso cronológico (friso considerado janeiro 2019 – setembro 2023). O número de artigos obtidos nas pesquisas com as diversas combinações dos descritores, aplicando-se os limitadores, encontra-se ilustrado no Quadro nº 2.

Quadro nº 2 - Resultados das bases de dados

Descritores	EBSCOhost				Total
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete	
1 - Music therapy	1170	236	46	0	1452
2 - Labor pain	504	57	30	1	592
3 - Labor, Obstetric	404	68	38	0	510
4 - Obstetric Nursing	80	16	27	6	129
1 AND 2	16	0	3	0	19
1 AND 3	6	1	1	0	8
1 AND 4	0	0	0	0	0
2 AND 3	74	7	4	0	85
2 AND 4	7	2	2	0	11
3 AND 4	5	3	4	0	12
1 AND 2 OR 3	414	68	41	0	523

2 OR 3 AND 4	504	57	30	1	592
1 OR 2 AND 3 AND 4	1173	238	48	0	1459
1 AND (2 OR 3) AND 4 Pesquisa realizada em abril de 2021	21	3	7	0	31
1 AND (2 OR 3) AND 4 Repetida pesquisa em junho de 2022	32	2	5	0	39
1 AND (2 OR 3) AND 4 Repetida pesquisa em setembro de 2023	34	2	4	0	40

Na pesquisa realizada em Abril de 2021, foram identificados 31 artigos, na etapa *Identification* do prisma. Posteriormente, após leitura do título e do *abstract (screening)* foram excluídos 27, pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão, uma vez que não abordavam os conceitos definidos e não davam contributos para a questão e objetivo definidos. Após *screening*, procedeu-se à leitura completa dos 4 artigos finais (*eligibility*), sendo estes os que mais contributos traziam à questão, ao objetivo e aos critérios de inclusão. Foram, ainda, incluídos 2 artigos de literatura cinzenta, uma vez que a sua integração conduz à aquisição de conhecimento importante e apropriado sobre o tema.

Em junho de 2022, foi repetida pesquisa de modo a mapear a evidência científica mais recente. Recorreu-se ao PRISMA 2020 *Flow Diagram* e, na etapa *Identification*, foram identificados 39 artigos. Na etapa de *Screening*, foi realizada uma análise ao título e resumo de cada artigo, fazendo uma avaliação em função dos critérios de inclusão definidos. Foram excluídos 33 artigos, permanecendo 6 artigos para análise *full-text* e avaliação da qualidade metodológica. Na última etapa, *Included*, foram incluídos os 6 artigos + 2 artigos de literatura cinzenta. Em suma, dos 8 artigos selecionados, apenas 2 artigos não faziam parte da lista inicial de artigos selecionados. Estes, surgiram aquando da alteração do friso cronológico.

Em setembro de 2023, foi realizado novo ajuste cronológico, tendo sido identificados 40 artigos, na etapa *Identification* do PRISMA. Na etapa de *Screening*, foi realizada uma análise ao título e resumo de cada artigo, fazendo uma avaliação em função dos critérios de inclusão definidos. Foram excluídos 31 artigos, permanecendo 9 artigos para análise *full-text* e avaliação da qualidade metodológica. Na etapa, *Included*, permaneceram os 9 artigos + 2 artigos de literatura cinzenta.

Em suma, dos 11 artigos selecionados, 3 artigos não faziam parte da lista inicial de artigos selecionados. Estes, surgiram aquando da nova alteração do friso cronológico.

Quadro nº 3 - Artigos selecionados

Estudo nº	Autor	Título do artigo
1	Bocanegra et al. (2020)	“Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa”
2	Buglione et al. (2020)	“Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial.”
3	Pasternak et al. (2019)	“Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study”
4	Amanak (2020)	“The Effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey.”
5	John & Angeline (2017)	“Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam.” (artigo proveniente de literatura cinzenta)
6	Karkal, Kharde & Dhumale (2017)	“Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor.” (artigo proveniente de literatura cinzenta)
7	Perković et al. (2021)	“Relationship between Education of Pregnant Women and Listening to Classical Music with the Experience of Pain in Childbirth and the Occurrence of Psychological Symptoms in Puerperium.”
8	Hepp et al. (2021)	“Use of music during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey.”
9	Gautam et al. (2023)	“Effect of Music Therapy on Intensity of Labor Pain among Primigravid Mothers admitted in a Tertiary Level Hospital.”
10	Morimoto et al. (2019)	“A Musicoterapia na redução do estresse de pais de bebês pré-termos: revisão integrativa.”
11	Guzewicz & Sierakowska (2022)	“The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study.”

O **PRISMA 2020 Flow Diagram**, onde está esquematizado o processo de seleção dos artigos incluídos na *ScR*, pode ser observado na Figura nº1.

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

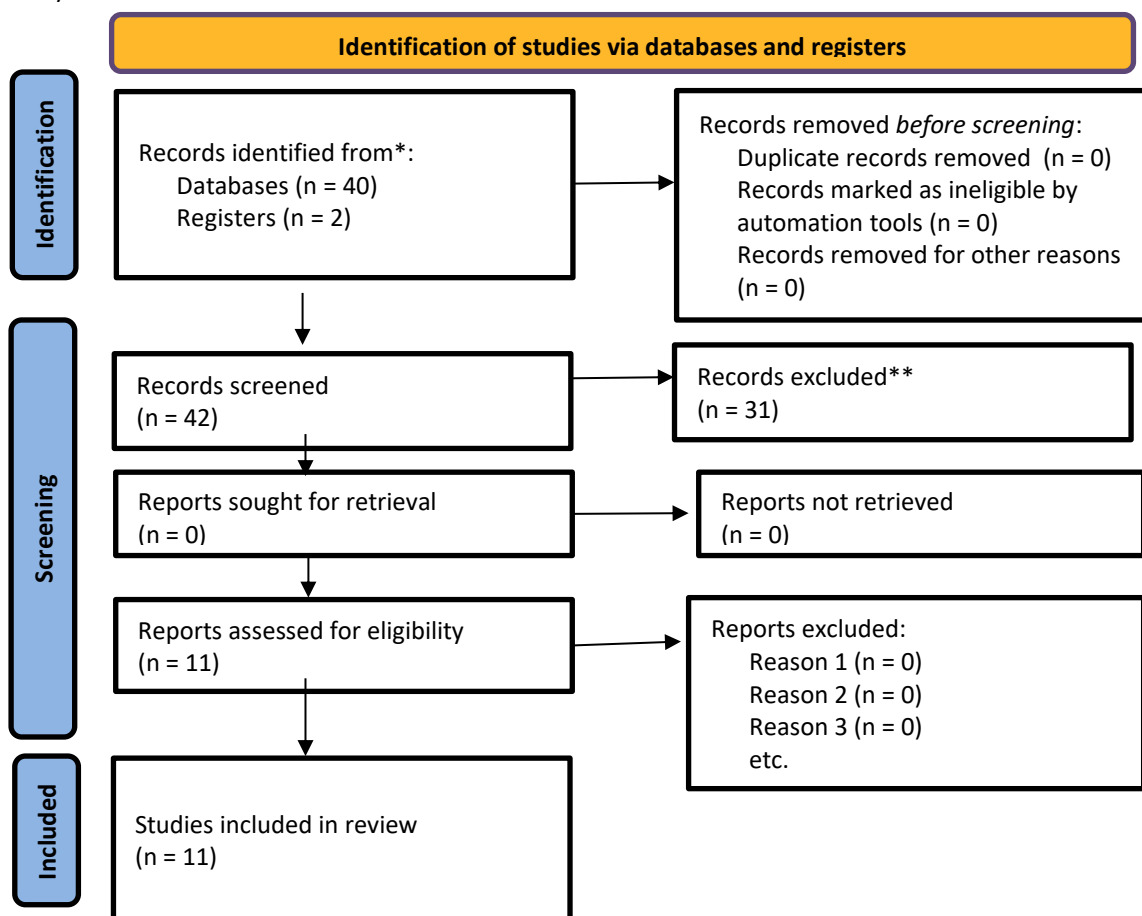


Figura nº1 – PRISMA Flow Diagram (2020)

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

Os artigos selecionados e apresentados no Quadro nº 3 foram alvo de uma análise de qualidade metodológica (ANEXO I). Em seguida, encontra-se exposto o instrumento de extração de dados (Quadro nº4) preenchido após leitura integral de cada artigo, em que consta: título do artigo, autores/ ano de publicação/ país de origem, objetivo, metodologia, nível de evidência e contributo para a questão de revisão.

Quadro nº 4 – Instrumento de extração de dados

Título do Artigo/ Autores/ Ano/ País de Origem	Artigo 1 “ <i>Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa.</i> ” Brigitte Prieto Bocanegra; Johana Carolina Gil Sosa; Diana Carolina Simbaqueba.(2020); Colombia
Objetivo	Descrever as diferentes terapias complementares que podem ser aplicadas de forma eficaz e segura em mulheres grávidas, contribuindo para um maior bem-estar, no decorrer da gravidez e TP.
Metodologia	Revisão integrativa da literatura realizada entre o segundo semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019 nas bases de dados: ScienceDirect, Medline, SciELO, Scopus e Ovid, em inglês, português e espanhol. Baseado na metodologia proposta por Robin Wittemore. Primeiro, foi realizada uma pesquisa sobre terapias alternativas e complementares, com os seguintes critérios de busca: maternidade uma abordagem alternativa, maternidade humanizada, controlo da dor no parto, terapias alternativas ou complementares, conforto durante o parto, técnicas não farmacológicas durante o TP. Foram utilizados sinónimos e conectores booleanos como AND e OR. Foram incluídos trabalhos de abordagem quantitativa e qualitativa. Uma vez realizada esta primeira revisão, foi definida uma questão/problema, segundo a metodologia PICOT: P: Mulheres grávidas e em trabalho de parto; I: Terapias complementares; C: Segurança e eficácia no processo de gestação e parto; O: Bem-estar para o binómio mãe-filho; T: 2009-2019. Na segunda fase, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados supracitadas, com base nos critérios de seleção, guiados pela questão PICOT. Surgiram 1006 artigos, dos quais, apenas 28 artigos cumpriam os critérios de inclusão. Foram incluídos estudos quasi-experimentais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas e excluídos artigos sobre terapias que exigiam treino e pessoal qualificado, artigos duplicados e fora do friso cronológico estabelecido.
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs - As terapias complementares podem ser aplicadas pelos enfermeiros, durante os cuidados prestados às gestantes/parturientes, trazendo bastantes benefícios para as mesmas, nomeadamente na promoção do seu conforto e bem-estar; - O uso de terapias complementares, durante a gravidez e o parto de baixo risco, contribui para o alívio dos diferentes desconfortos apresentados durante essas fases e, assim, melhora a experiência da gravidez e do parto, promovendo um parto mais humanizado; - O uso da música melhora a qualidade da gravidez, do TP e parto, reduzindo o nível de ansiedade materna e o <i>stress</i> neonatal. Favorece, ainda, a redução da dor sofrida pela mãe, durante as contrações do TP e parto. Ao mesmo tempo, o feto perceberá melhores sensações de bem-estar, devido à estimulação do sistema nervoso autónomo; - O uso da música, durante o parto, provoca sensações agradáveis de tranquilidade, segurança e calma na mulher, com alívio da ansiedade, dor e controle das contrações, além do efeito calmante no RN, nos primeiros dias de vida; - O uso da música torna-se uma ferramenta alternativa muito útil, para tornar o parto uma experiência prazerosa; - As terapias complementares podem ser utilizadas em simultâneo, tornando-se mais eficazes dessa forma; - A evidência científica tem vindo a mostrar benefícios tanto para a mãe quanto para o feto; portanto, o reconhecimento da utilidade deste tipo de terapias, pelos profissionais de saúde, para além de garantir uma melhoraria no atendimento ao binómio, garante a melhoria dos indicadores de bem-estar materno perinatal.
Título do Artigo	Artigo 2 “Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial.”

Autores/ Ano/ País de Origem	Annarita Buglione; Gabriele Saccone; Marta Mas; Antonio Raffone; Lavinia Di Meglio; Letizia di Meglio; Paolo Toscano; Antonio Travaglini; Rosanna Zapparella; Marzia Duval; Fulvio Zullo; Mariavittoria Locci. (2020). Itália
Objetivo	“Analisar se o uso de música reduz a dor do TP, em mulheres nulíparas com gestações simples e de termo.”
Metodologia	<p>Ensaio clínico randomizado, de grupo paralelo não cego, realizado num único centro em Itália e conduzido entre Janeiro e Julho de 2019. As mulheres elegíveis eram nulíparas com gravidez simples, entre as 37 semanas e as 42 semanas + 7 dias de gestação, apresentação cefálica e em fase ativa do TP.</p> <p>CrITÉRIOS de exclusão: mulheres múltiplas, gestação múltipla, TP prematuro, TP pós-termo, rutura prematura de membranas, cesariana anterior, indução do parto com ocitocina ou amadurecimento cervical e gestações de alto risco, incluindo distúrbios hipertensivos da gravidez, diabetes, restrição de crescimento intrauterino ou anormalidades fetais. Foram incluídas mulheres com rutura prematura espontânea de membranas e aquelas com membranas intactas no momento da inscrição.</p> <p>Todas as mulheres receberam apoio individual de uma parteira, durante o TP e em ambos os grupos receberam exame físico a cada 3-4 horas. As 30 participantes elegíveis foram distribuídas, aleatoriamente, em proporção de 1:1 para ouvir música, durante o TP, ou fazer parte do grupo de controlo. As 15 mulheres do grupo de intervenção receberam música durante o TP, por meio de altifalantes existentes na sala, desde a randomização até ao nascimento do bebé. As mulheres tinham a possibilidade de selecionar as músicas, a seu critério. As mulheres do grupo de controlo receberam os mesmos cuidados obstétricos, durante o TP e parto, mas sem intervenção musical associada.</p> <p>Durante o TP e no pós-parto, as mulheres receberam questionários específicos para avaliação da dor e do nível de ansiedade. A avaliação do nível de ansiedade e dor foi realizada ao final de cada hora de TP, desde a randomização até ao nascimento do bebé. No período de pós-parto, as mulheres foram avaliadas quanto à dor e ansiedade 1h, 24h e 48h pós-parto.</p> <p>O nível de dor e o nível de ansiedade foram autorrelatados e registados por meio da escala visual analógica (VAS).</p> <p>O coordenador do ensaio não teve acesso à sequência de randomização. O ensaio foi aberto, mas o analista de dados não teve conhecimento sobre qual o grupo afeto à intervenção, até que toda a análise fosse concluída.</p> <p>O estudo foi aprovado pela IRB da Universidade de Nápoles Frederico II, número 287/18.</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Level 1.c – RCT</p> <p>Em mulheres nulíparas com gravidez simples e de termo, ouvir música contribui para uma diminuição dos níveis de dor e ansiedade em contexto de TP.</p>
Título do Artigo	Artigo 3 “Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study.”
Autores/ Ano/ País de Origem	Yael Pasternak; Netanella Miller; Aula Asali; Yael Yagur; Omer Weitzner; Maya Nimrodi; Yehonatan Pasternak; Arie Berkovitz; Tal Biron-Shental. (2019) Israel
Objetivo	“Avaliar os efeitos da exposição à música no decorrer do TP, no que concerne ao tipo de parto e níveis de stress das parturientes.”
Metodologia	Estudo prospetivo e intervencionista conduzido de janeiro a junho de 2018. Incluiu 124 mulheres primíparas, com idades compreendidas entre 18 e 45 anos, com gravidez de baixo risco, que foram recrutadas durante a fase latente (dilatação cervical < 6 cm) do seu primeiro trabalho de parto, 20 minutos após receberem analgesia epidural. As mulheres foram incluídas após receberem analgesia epidural de modo a reduzir o efeito do stress induzido pela dor relacionada com as contrações uterinas.

	<p>Critérios de exclusão: mulheres com gravidez múltipla ou de alto risco devido a diabetes gestacional, pré-eclâmpsia ou restrição de crescimento intrauterino; partos prematuros, malformações e morte fetal pré-parto; utentes cuja música fosse interrompida por motivos técnicos ou por mudança de ideias da mulher, antes do término do parto.</p> <p>Após a assinatura do consentimento informado, a paciente escolhia se queria ouvir música, até o final da terceira etapa do parto, ou se preferia não ter música na sala de parto. O grupo que optou por ouvir música, tinha ao seu dispor música rítmica ou clássica suave. A mesma playlist de cada género musical foi reproduzida, desde o momento do consentimento até o parto, por meio de dois altifalantes que estavam em cada sala de parto. Das 124 mulheres recrutadas para o estudo, 4 foram excluídas por falhas técnicas de áudio e 1 não cumpriu com consentimento assinado. Das restantes 119 mulheres, 48 optaram por não ouvir música, durante o TP. Das 71 mulheres que escolheram intervenção musical, 31 solicitaram a playlist rítmica e 40 a playlist clássica suave. As utentes foram agrupadas de acordo com sua preferência em receber intervenção musical ou não.</p> <p>Os níveis de stress fisiológicos foram avaliados através dos níveis de cortisol presentes na saliva (coletada uma amostra de saliva para analisar laboratorialmente os níveis de cortisol relacionando-os com o stress) e foi ainda usada a escala “State-trait Personality Inventory” (STPI) para determinar os níveis de stress, ansiedade, raiva e depressão. As medidas de cortisol e stress do STPI foram avaliadas em 2 momentos: antes da música ser tocada e 1 a 3 h, após o início da música. A TA e o pulso foram registados, no recrutamento, e aquando da colheita da segunda amostra de cortisol e usada escala de STPI, como medidas objetivas adicionais de <i>stress</i>. Os dados referentes ao processo de TP, parto e desfechos perinatais foram colhidos dos ficheiros clínicos.</p> <p>O estudo foi aprovado pela comissão local de ética (Aprovação nº 0198-17-MMC)</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Estudo prospetivo / Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouvir música, durante o TP, aumenta a probabilidade de primíparas terem um parto vaginal, independentemente do nível de stress. - O uso da música, no TP, constitui um tratamento cuja implementação é simples, fácil e de carácter inofensivo, pelo que pode e deve ser oferecido a todas as parturientes, durante o TP.
Título do Artigo	Artigo 4 “The effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey.”
Autores/ Ano/ País de Origem	Keziban Amanak. (2020). Turquia
Objetivo	“Analisar o efeito do som produzido pela flauta de junco, em mulheres em trabalho de parto.”
Metodologia	<p>Estudo experimental randomizado, simples-cego, caso-controle (single-blind, case-control), realizado num Hospital Estadual em Bursa, na Turquia, no período de 15 de julho a 15 de outubro de 2018. Criterios de inclusão: idades entre os 20 e os 37 anos, gestantes primíparas sem histórico aborto espontâneo/aborto, feto único, gravidez de termo e em fase ativa do TP. Critérios de exclusão: mulheres com anormalidade ao nível da contratilidade uterina, complicações na gravidez (como placenta prévia, pré-eclâmpsia, rutura prematura de membranas, oligoâmnio e polidrâmnio, apresentação anormal, restrição de crescimento intrauterino, morte fetal intrauterina, bebés macrossómicos, sofrimento fetal, etc.), com doenças sistémicas ou neurológicas e gestantes induzidas.</p> <p>Incluídas 30 mulheres, sendo distribuídas igualmente em 2 grupos, por meio de randomização simples (www.randomizer.org): grupo A - experimental (expostas a música tocada por flauta de junco) e grupo B – controlo (nenhuma intervenção musical).</p> <p>Após assinatura de consentimento informado, foram recolhidos os dados por meio do Formulário Descritivo Individual (IDF), Formulário de Acompanhamento do Trabalho de Parto (LTF), Escala Visual Analógica (VAS) e Características do estado de Ansiedade - Inventário do Estado de</p>

	<p>Ansiedade (STAI-SAI). O IDF foi preenchido por meio de entrevistas presenciais. O LTF foi preenchido pelos pesquisadores. A VAS foi preenchida com base no autorrelato. O STAI-SAI foi preenchido com base no autorrelato. Após a colheita de dados inicial, as gestantes do grupo A foram expostas a 30 minutos de música instrumental tocada por uma flauta de junco, com ritmo modal de Segah (tipo de música turca). Para isso, foi utilizado um pequeno leitor de cd portátil. O mesmo padrão musical foi repetido 3 vezes, até perfazer uma exposição de 30 minutos, seguidos de 30 minutos de intervalo. Ao final de cada rodada era preenchida a VAS. Nos primeiros cinco minutos, após as gestantes terem ouvido a terceira rodada do som da flauta de junco, foram preenchidos LTF, VAS e STAI-SAI. Não foi realizada nenhuma intervenção no grupo B, as mulheres apenas receberam os cuidados de rotina. Os dados do grupo B foram colhidos em horários paralelos ao momento em que os dados estavam a ser colhidos no grupo A. As mulheres de cada grupo viam apenas os cuidados que lhes eram prestados e não tinham informações sobre os cuidados que eram prestados ao outro grupo. Os dados foram analisados no SPSS 20.</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Level 1.c – RCT</p> <ul style="list-style-type: none"> - O uso da música, produzida pela Flauta de Junco, demonstrou ter um impacto positivo aquando da realização do exame vaginal, ao nível da duração do TP e, ainda, na redução da ansiedade e dor, garantindo que o trabalho de parto seja uma experiência satisfatória para a mulher grávida. - O som da flauta de junco tem o poder de “transportar” o ouvinte para longe da realidade da sua vida, levando o indivíduo a uma jornada espiritual, purificando o espírito de todo mal e oferecendo uma completa paz interior. Com base nestes conhecimentos, acredita-se que o uso da música (produzida pela flauta de junco), durante o trabalho de parto, será uma mais valia contribuindo para que a mulher tenha uma experiência de TP satisfatória e positivamente marcante.
Título do Artigo	Artigo 5 “ <i>Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam</i> ”
Autores/ Ano/ País de Origem	Nisha John, Annal Angeline. (2017). Índia
Objetivo	“Avaliar a eficácia da musicoterapia na ansiedade e dor, em grávidas no primeiro estadio do TP, em hospitais selecionados em Kollam.”
Metodologia	<p>O estudo foi realizado nas salas de parto dos Hospitais Bishop Benziger e L.M.S. A população para o mesmo abrangeu 60 grávidas primíparas e múltiparas, com idade gestacional compreendida entre as 37 e as 40 semanas, encontrando-se na fase latente do primeiro estadio TP (as grávidas foram divididas quer no grupo experimental, quer no grupo de controlo, por técnica de amostragem intencional não probabilística). A pesquisa desenhada para o presente estudo é quasi-experimental (pré-teste pós-teste) com grupo de controlo desenhado para avaliar a eficácia da musicoterapia na ansiedade e dor entre as mães, durante o primeiro estadio do TP.</p> <p>Foi usado um proforma demográfico tendo incluído 7 itens como idade, educação, área de residência, religião, tipo de família, paridade, suporte social. A dor sentida pelas grávidas foi avaliada através da escala “Numerical Pain Intensity Scale” e a ansiedade foi avaliada usando a escala “Speilberger’s State Trait Anxiety Inventory”. Esta avaliação foi feita, antes da intervenção, com o preenchimento de um questionário, para o qual dispunham de 10-15 minutos.</p>

	<p>Foi administrada música clássica instrumental (violino), ao grupo experimental, durante 1 hora, na fase latente do TP. Este género musical tem eficácia comprovada ao nível da redução da ansiedade e da dor. Após intervenção foi realizada avaliação da dor e da ansiedade, tanto no grupo experimental como no grupo controlo.</p> <p>O estudo foi realizado com autorização do comité de ética institucional e permissão do Bishop Benziger Hospital e L.M.S Hospital, Kollam.</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Level 2 – Quasi-experimental Designs/ Level 2.d – Pre-test – post-test</p> <p>- A musicoterapia consiste num método não farmacológico, com ótimo custo-eficácia, sendo eficaz na redução da ansiedade e dor maternas, na fase latente do 1º Estádio do Trabalho de Parto.</p>
Título do Artigo	Artigo 6 “Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor.”
Autores/ Ano/ País de Origem	E. Karkal, Sangeeta Kharde, H. Dhumale. (2017). Índia
Objetivo	Avaliar o nível de dor e ansiedade de mulheres primigestas, no primeiro estágio do trabalho de parto, antes da administração da musicoterapia; avaliar a eficácia da musicoterapia na redução da dor e ansiedade, através da comparando dos <i>scores</i> de pré e pós-teste de primigestas em trabalho de parto; e avaliar a eficácia da musicoterapia comparando os resultados entre o grupo experimental e o grupo controle.
Metodologia	<p>Estudo avaliativo realizado usando um desenho de ensaio clínico randomizado simples-cego. O estudo foi realizado com 60 mulheres primigestas (distribuídas 30 no grupo experimental e 30 no grupo de controlo) internadas na sala de partos do Hospital KLES <i>Dr. Prabhakar Kore</i> em Belgaum, que se encontravam na fase ativa do TP. Foi utilizado o método do envelope para a seleção da amostra (amostragem aleatória simples).</p> <p>Os dados foram colhidos usando a escala de dor visual analógica (VAS) padronizada e a escala de autoavaliação de ansiedade de Zung.</p> <p>A pontuação máxima para VAS foi de 10. Os scores de dor foram divididos em cinco categorias; sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e a pior dor. A escala de autoavaliação de ansiedade de Zung foi usada para avaliar o nível de ansiedade. A pontuação máxima do índice de ansiedade foi 100. A pontuação 1 foi dada em poucas ou nenhuma resposta, a pontuação 2 foi dada a algumas das respostas, a pontuação 3 foi dada grande parte do tempo e a pontuação 4 foi dada a maior parte ou o tempo todo. Há cerca de 20 questões na escala de autoavaliação de ansiedade de Zung.</p> <p>Os dados colhidos foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial.</p> <p>A permissão formal do K.L.E.S Dr. Prabhakar Kore Hospital e Medical Research Centre, Belgaum foi obtida e o consentimento por escrito foi obtido dos participantes.</p>

Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Ensaio clínico randomizado/ Level 1.c – RCT</p> <ul style="list-style-type: none"> - A musicoterapia consiste num método não farmacológico eficaz, não invasivo, com ótimo custo-benefício, responsável por induzir ao relaxamento, contribuindo para a redução da dor e da ansiedade, potenciando a capacidade de primigestas em enfrentar o trabalho de parto. - O uso da música em mulheres primigestas em TP, para além de promover o relaxamento, vai ajudar a reduzir os níveis de dor, ansiedade e potenciar a capacidade da mulher para enfrentar o TP. - A música é uma distração poderosa, desviando a atenção das mulheres da dor, promovendo o relaxamento. Também é usada em conjunto com intervenções farmacológicas no controlo da dor, oferecendo assim uma ajuda complementar. - A maioria dos exercícios de relaxamento usa um estímulo de gatilho que conduz à resposta de relaxamento aprendida. A música demonstrou ter um excelente potencial como um estímulo condicionado para relaxamento.
Título do Artigo	<p>Artigo 7 “<i>Relationship between Education of Pregnant Women and Listening to Classical Music with the Experience of Pain in Childbirth and the Occurrence of Psychological Symptoms in Puerperium.</i>”</p>
Autores/ Ano/ País de Origem	<p>Roberta Perković, Kostana Dević, Antonija Hrkać, Nikolina Šaravanja, Vajdana Tomić, Branko Krišto, Helena Dukić, Vida Vasilj. (2021) Bosnia Herzegovina</p>
Objetivo	<p>Comprovar o impacto da educação da gestante e da escuta de música clássica na vivência da dor do TP e a ocorrência de sintomas psicológicos, durante o puerpério (nas 6 semanas após o parto).</p>
Metodologia	<p>Estudo prospetivo randomizado controlado conduzido em 3 instituições de saúde em Livno, Bósnia Herzegovina. O estudo decorreu entre 1 de janeiro e 1 de outubro de 2019.</p> <p>Amostra de conveniência composta por 198 mulheres grávidas no segundo e terceiro trimestres de gravidez, que pariram na maternidade do hospital do Cantão (Hospital Dra Fra Mihovil Sucic no Livno), de meados de fevereiro de 2019 a meados de agosto de 2019.</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u> todas as mulheres grávidas do condado de Herceg-Bosna que controlaram sua gravidez nos centros de saúde competentes e na prática ginecológica privada. <u>Critérios de exclusão:</u> grávidas menores de idade, grávidas no primeiro trimestre de gestação, grávidas após a 34ª semana de gestação, gestações múltiplas, gestantes com história de cesariana anterior, grávidas com diagnóstico psiquiátrico, gravidez de alto risco, questionários incompletos, grávidas que não ouviram música clássica conforme combinado, nascimento de um nado morto.</p> <p>As participantes foram divididas em 2 grupos: Grupo experimental (no qual foi realizada educação em grupo, aplicação de exercícios respiratórios e escuta de música clássica) e Grupo de controlo (onde nenhuma das intervenções anteriores foi realizada, apenas os cuidados habituais e inerentes a uma gravidez). Após a conclusão do programa de treino com o grupo experimental, houve um intervalo de 5 semanas, durante o qual foi formado um novo grupo experimental e outro de controlo. O procedimento foi realizado até atingir o tamanho amostral de 99 participantes por grupo.</p> <p>Após randomização, foram realizadas 4 sessões de educação em grupo, com duração de uma hora cada. O programa de treino incluiu: ensino sobre os fundamentos da fisiologia do parto, visita ao departamento de parto com vista à diminuição do medo, treino respiratório (inspiração e expiração profunda utilizada na primeira etapa do parto), aplicar a técnica de ouvir música clássica à escolha diariamente (à noite, antes de dormir, por um período de 15 minutos), ensino de técnicas para o sucesso da amamentação e cuidados de saúde materno-infantil, após o parto.</p>

	<p>Ao final do programa, o educador realizou um check-up semanal, por telefone, com os participantes (para a qualidade da comunicação) para perceber qual a adesão à escuta de música clássica que havia sido acordada. Cada não conformidade/conformidade foi registada num formulário específico.</p> <p>Os instrumentos de medida utilizados foram: a Escala Visual Analógica da Dor (VAS) e a Checklist de Verificação de Sintomas - 90 (SCL-90). A VAS é um instrumento que avalia subjetivamente a intensidade da dor. A Checklist de Verificação de Sintomas (SCL-90) é um instrumento de medida para avaliar os sintomas psicológicos decorrentes do <i>stress</i>.</p> <p>No dia seguinte ao parto, cada participante dos grupos experimental e controlo recebeu um questionário de avaliação da dor (VAS) no qual avaliaram a sua experiência geral de dor no parto. Foi acordado o envio do SCL – 90, 6 semanas após o parto, sendo as mães solicitadas a responder ao mesmo no prazo de uma semana. No caso de não haver resposta, no prazo de 1 semana, as mães eram novamente notificadas via email. O tempo de espera para uma resposta foi estendido de uma para duas semanas. Caso não houvesse resposta, as participantes eram excluídas do estudo.</p> <p>Os dados colhidos foram colocados numa base de dados MS Excel e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS 20.0. O estudo foi reportado aos Comités de Ética das unidades de saúde envolvidas e à Faculdade de Estudos de Saúde em Mostar.</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Estudo prospetivo randomizado controlado/ Level 1.c – RCT</p> <ul style="list-style-type: none"> - A educação para a saúde em obstetria e a audição de música clássica têm um impacto positivo, na perceção da dor no trabalho parto e na saúde mental da mulher no puerpério. - Os níveis de intensidade de dor, no TP, são menores em mulheres submetidas a educação para a saúde em obstetria e intervenção musical clássica. - A incidência de sintomas psicológicos nas dimensões de sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide é menor em mulheres com maior conhecimento em obstetria (educação para a saúde em obstetria) submetidas a uma intervenção musical clássica. - A assistência obstétrica de qualidade, através do uso de um método simples e não farmacológico, como a musicoterapia, tem um impacto significativo nos resultados do parto e puerpério. - A educação baseada em evidência pode moldar a atitude das mulheres e fortalecer a sua autoconfiança, contribuindo assim para uma experiência de parto e maternidade positivas, bem como para o estado de saúde mental, o que é um benefício inestimável para o indivíduo, família, sistema de saúde e sociedade como um todo.
Título do Artigo	Artigo 8 “Use of music during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey.”
Autores/ Ano/ País de Origem	Philip Hepp, Markus Fleisch, Kathrin Hasselbach, Tanja Fehm e Nora K. Schaal. (2021) Alemanha
Objetivo	Avaliar a divulgação e o uso da música no cenário obstétrico; Quais os possíveis fatores que impedem o uso, mais amplo, da música na rotina diária, entre obstetras e parteiras na Alemanha.

Metodologia	<p>A participação foi limitada a obstetras e enfermeiras parteiras. Os possíveis participantes foram identificados numa pesquisa realizada online, reunindo endereços de e-mail publicados nas páginas dos hospitais. Foram enviados 2325 convites de participação, dos quais 1763 para médicos obstetras e 562 para enfermeiras parteiras, a trabalhar em 730 hospitais na Alemanha.</p> <p>Foi elaborado um questionário contendo os seguintes dados descritivos: idade, sexo, profissão e cargo, estado federal, nível de assistência perinatal do departamento, taxa de natalidade anual e número de camas de internamento. Foi, ainda, pedido para fornecer informações sobre a relação pessoal dos entrevistados com a música (frequência de consumo de música, género, habilidade para tocar um instrumento e frequência de prática). Em seguida, o uso da música durante a cesariana e parto vaginal foi avaliado separadamente, por meio de questões idênticas quanto à possibilidade de tocar música na respetiva situação, número de partos assistidos, frequência da música e processo de tomada de decisão. Além disso, foi avaliada a preferência musical dos participantes quando ao género, ritmo e volume, bem como estimativas sobre o impacto da música na comunicação entre a equipa e o paciente e impacto da música na utente. Por fim, foi questionado se já possuíam conhecimento acerca dos efeitos positivos ou negativos da música no paciente ou na equipe.</p> <p>Foram utilizadas 2 escalas de medida: Slider Scale (escala deslizante variando de 0 a 100) e Likert Scale (escala de Likert variando de -2 a +2, com o 0 como neutro). Para a análise dos dados foi usado o SPSS 24 (IBM Inc., Armonk, NY). O estudo foi aprovado prospectivamente pelo comité de ética da Heinrich-Heine-University de Düsseldorf.</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Questionnaire-based study LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS 5 – Expert Opinion</p> <ul style="list-style-type: none"> - O uso de música, no trabalho de parto, tem influência benéfica quer nas parturientes, quer nos profissionais de saúde, independentemente do tipo de parto. - Apesar dos profissionais de saúde estarem despertos, relativamente aos benefícios do uso da música em obstetrícia, a música tem um papel mais importante nos partos vaginais do que nas cesarianas. Isto deve-se ao facto de haver falta de equipamento para difusão musical nos blocos operatórios, onde se realizam as cesarianas. - A música influencia, positivamente, vários aspetos do trabalho de parto, tais como a ansiedade, a dor, o <i>stress</i> e a satisfação maternas, independentemente do tipo de parto. - O uso da música, no trabalho de parto, tem um efeito calmante e de focalização de acordo com as parturientes. - O uso da música, no trabalho de parto, tem impacto positivo em termos de comunicação e de humor, entre as equipas de saúde e as parturientes. - Embora obstetras e enfermeiras parteiras valorizem os efeitos positivos da música, durante o trabalho de parto, são as enfermeiras parteiras quem mais recomenda o seu uso. - Tendo em conta as vantagens do uso da música, quer para parturientes quer para profissionais de saúde, urge divulgar evidência científica atual, no sentido de superar a relutância, ainda, existente quanto ao uso da música no trabalho de parto e lutar para que a instalação dos meios necessários para difusão musical, nas salas de parto e blocos cirúrgicos, seja uma realidade.
Título do Artigo	Artigo 9 “Effect of Music Therapy on Intensity of Labor Pain among Primigravid Mothers admitted in a Tertiary Level Hospital.”
Autores/ Ano/ País de Origem	Samjhana Gautam, Gita Dhakal Chalise, Mamata Bharati & Sarala Shrestha.(2023) Nepal
Objetivo	Conhecer o efeito da musicoterapia na intensidade da dor do TP, em primigestas.

Metodologia	<p>Estudo quasi-experimental, usando um desenho de grupo de controle não equivalente com pré-teste pós-teste. Realizado na maternidade do Hospital Universitário de Tribhuvan, Katmandu, de 4 a 30 de abril de 2021. A amostra foi composta por 42 mulheres primigestas internadas na sala de parto. 21 foram incluídas no grupo experimental e as 21 restantes foram incluídas no grupo controle.</p> <p>Critérios de inclusão: primigestas admitidas em fase latente do TP com dilatação cervical de um a três centímetros (conforme último exame de VP realizado pelo médico plantonista); gestação entre as 37-42 semanas; e parto vaginal planejado. Critérios de exclusão: mulheres com analgesia epidural; mulheres com problemas auditivos; e aquelas que não desejavam participar do estudo.</p> <p>Para evitar a contaminação das amostras, foram atribuídos dias alternados para integrar o grupo experimental e controle.</p> <p>A intensidade da dor do parto foi medida por meio da Escala Visual Analógica e da Escala de Avaliação de Comportamento, nas fases latente e ativa do TP, em ambos grupos. Em seguida, foram fornecidos 30 minutos de musicoterapia ao grupo experimental, na fase latente e ativa do TP. O pós-teste foi realizado em ambos os grupos, após terapia no grupo experimental, utilizando os mesmos instrumentos. Os dados coletados foram inseridos no Statistical Package for Social Sciences versão 16. Estatísticas descritivas e estatísticas inferenciais foram utilizadas para descrever os achados.</p> <p>O Comité de Revisão Institucional do Instituto de Ciências da Saúde do Exército do Nepal foi responsável pela aprovação ética do estudo (Regd. Nº 384, janeiro de 2021).</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Level 2 – Quasi-experimental Designs / Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study</p> <p>- O uso da música no trabalho de parto tende a reduzir a percepção da intensidade da dor do parto, quer na fase latente como também na fase ativa do trabalho de parto. Portanto, esta terapia pode ser utilizada como medida não farmacológica na redução da percepção da dor do parto.</p>
Título do Artigo	<p>Artigo 10 “A Musicoterapia na redução do estresse de pais de bebês pré-termos: revisão integrativa.”</p>
Autores/ Ano/ País de Origem	<p>Kaio Morimoto; Milena Lago; Adriana Zani. (2019) Brasil</p>
Objetivo	<p>Identificar, por meio da literatura científica, a utilização da musicoterapia como estratégia terapêutica para redução do stress de pais de bebês pré-termos.</p>
Metodologia	<p>Realização de uma revisão integrativa utilizando artigos científicos completos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana (LILACS), PubMed e Medical Literature Analysis and Retrieval System OnLine (MedLine) publicados nos idiomas português e inglês. Neste estudo a dúvida identificada foi: “A musicoterapia/intervenção musical podem reduzir o estresse de pais de bebês pré-termos?”. Os descritores/palavras-chaves, em português e inglês, usadas para a pesquisa foram “música”, “musicoterapia”, “pais”, “estresse”, “music”, “musictherapy”, “stress”, “premature” e “mother”. Parâmetros de inclusão ou exclusão dos artigos: conter as principais palavras-chaves designadas inicialmente; retratar o stress e ansiedade dos pais pré-natal e/ou pós-natal; publicações na língua portuguesa ou inglesa, com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas; abordar a musicoterapia como tática terapêutica na redução dos pais de bebês pré-termo; publicação disponível na íntegra na Lilacs, Pubmed e Medline. Foram incluídos três artigos, na qual todos foram disponibilizados no idioma inglês, com nacionalidades diferentes, sendo elas Brasil, Estados Unidos da América (EUA) e Taiwan. Dentre os artigos escolhidos, um possui autoria de um enfermeiro, um de uma psicóloga e o último de uma musicoterapeuta. Os anos de publicações de dois dos trabalhos ocorreram em 2018 e um no ano de 2006. Dentre os três artigos selecionados, dois são ensaios clínicos randomizados e um é uma revisão de literatura.</p>

Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs</p> <ul style="list-style-type: none"> - A música como intervenção terapêutica complementar, possui efeito benéfico atuando no controlo da dor, durante o TP. - Para que a música tenha efeitos benéficos e conduza ao relaxamento, deve ser tida em conta a preferência e agrado da utente. - A música, como intervenção terapêutica, constitui um recurso de fácil acessibilidade e aplicação, para além de possuir um baixo custo. - Dados os benefícios e eficiência, desta intervenção terapêutica, é sugerido que os enfermeiros integrem a música na sua prática de cuidados diária.
Título do Artigo	<p>Artigo 11 <i>“The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study.”</i></p>
Autores/ Ano/ País de Origem	<p>Patrycja Guzewicz; Matylda Sierakowska. (2022)</p>
Objetivo	<p>Apresentar a opinião das parteiras sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto; a frequência do seu uso e os motivos do seu abandono; e a relação entre o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto e a perceção da satisfação no trabalho, esgotamento e autoeficácia da parteira.</p>
Metodologia	<p>A investigação foi desenvolvida com 135 parteiras que trabalham nas salas de parto de unidades de saúde, na Polónia. (134 mulheres e 1 homem). A pesquisa transversal foi conduzida entre Fevereiro e Abril de 2022. O estudo foi realizado online, com a participação de 135 parteiras polacas que trabalhavam na sala de partos. O método de amostra por conveniência foi utilizado para obtenção dos dados. Foram utilizados o questionário de pesquisa do autor, a Escala de Autoeficácia Generalizada (GSES), o Questionário de Burnout LBQ e a Escala de Satisfação no Trabalho. A pesquisa foi realizada de acordo com a Declaração de Helsínquia e as Boas Práticas Clínicas em pesquisa. O Comité de Bioética da Universidade Médica de Bialystok, Polónia, concedeu a aprovação ética para o estudo (APK.002.19.2022.). A participação foi voluntária e os participantes foram informados sobre o projeto.</p>
Nível de evidência/ Contributo para a questão de revisão	<p>Level 4.b – Cross-sectional study</p> <ul style="list-style-type: none"> - O uso da música, como intervenção terapêutica, encontra-se entre os métodos mais oferecidos, pelas parteiras / EESMOs, como método de alívio da dor, durante o parto natural. - As parteiras/ EESMOs que mais utilizam a música, como intervenção terapêutica, são as que possuem grau de mestrado. - Os principais fatores que levam ao abandono do uso de diferentes posições e outros métodos alternativos para alívio da dor são: a falta de cooperação entre colegas de equipa, o consentimento por parte dos órgãos de gestão, falta de equipamento necessário na sala de parto e falta de formação/ qualificação por parte das parteiras/ EESMOs. - O papel da liderança em obstetrícia é muito importante. Este estudo mostra a necessidade de introduzir mudanças na organização do trabalho da parteira/ EESMOs. Uma boa liderança faz com que as parteiras/ EESMOs se sintam apoiados e motivados; cria condições de trabalho adequadas; e permite-lhes aprofundar conhecimentos, independência profissional e oportunidades de autorrealização. Portanto, é necessário formar parteiras/ EESMOs e seus líderes, nesta área. Uma boa liderança constitui um elemento fulcral na construção do trabalho da parteira na sala de parto.

4.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo, apresenta-se a análise dos artigos selecionados, interrelacionando-os e realizando a respetiva discussão, de modo a evidenciar os contributos para a questão de revisão: **“Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?”**, dando resposta ao objetivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Dos estudos analisados, surgiram vários domínios de conteúdo importantes para a temática em estudo, tais como: uso da música como intervenção autónoma do EESMO; alívio da dor/desconforto; promoção do relaxamento; redução da ansiedade/*stress* e bem-estar físico e psicológico

Assim, com vista a facilitar a compreensão da análise e discussão dos resultados apresentam-se seguidamente os assuntos que se destacaram da análise realizada.

4.1.1 **Uso da Música no Trabalho de Parto como Intervenção Autónoma do EESMO**

O parto é um evento único, que envolve atividade física e uma grande carga emocional, sendo, por isso, necessário um ambiente respeitoso, que permita que a mulher seja a protagonista (Bocanegra et al., 2020). No entanto, nos dias de hoje, ainda são oferecidas poucas alternativas à mulher, no que concerne às condutas terapêuticas a seguir nas instituições de saúde. Ainda se opta muito por medicalizar o TP, retirando a autonomia da mulher e impossibilitando-a de realizar ações que contribuiriam para o seu bem-estar. Por este motivo, é imperativo a passagem de um processo puramente medicalizado para um cuidado mais individualizado, holístico e humanizado (OMS, 2018; Bocanegra et al., 2020).

De acordo com OMS (2018) e Bocanegra et al. (2020), o uso de estratégias não farmacológicas surge como uma valiosa oportunidade que os profissionais de enfermagem que cuidam da grávida/ parturiente (EESMO) possuem para poder fugir ao rotineiro e biomédico, cuidando de forma holística, humanizada, priorizando o bem-estar do binómio mãe-filho. Estas estratégias são utilizadas desde a antiguidade e são definidas como aquelas que, em conjunto com a medicina convencional, melhor favorecem a interação entre o sujeito cuidado e o profissional de saúde, com a finalidade de garantir o seu bem-estar, tendo em conta o ser humano como um todo (e onde a mente, corpo e energia determinam muitos processos de saúde-doença).

O uso da música como cuidado surge, então, como uma estratégia não farmacológica que contribui para uma melhor experiência do TP. Segundo Cole & LoBiondo-Wood (2014) e Ferreira (2016) o uso da música constitui uma intervenção autónoma da enfermagem e Bocanegra et al.

(2020) corrobora, ao referir que o uso da música faz parte dos métodos complementares que não requerem aquisição de competências especializadas ou treino, no entanto, é necessário que os enfermeiros reconheçam o seu valor, sendo para isso pertinente que as escolas de enfermagem reforcem a formação dos seus profissionais nestas áreas, aquando das especializações/ mestrados.

De acordo com Guzewicz & Sierakowska (2022), o uso da música como intervenção terapêutica, encontra-se entre os métodos de alívio da dor mais oferecidos, pelas parteiras (sobretudo as que possuem mestrado), durante o parto natural e segundo Hepp et al. (2021), embora obstetras e enfermeiras parteiras valorizem os efeitos positivos da música, durante o TP, são as enfermeiras parteiras quem mais recomenda o seu uso.

Segundo Guzewicz & Sierakowska (2022), os principais fatores que levam ao abandono do uso de métodos alternativos para alívio da dor são a falta de: cooperação entre colegas de equipa (incluindo médicos e enfermeiros); formação/ qualificação por parte das parteiras/ EESMOs; consentimento por parte dos órgãos de gestão; e equipamento necessário na sala de parto. Hepp et al. (2021) acrescenta que tendo em conta as vantagens do uso da música, quer para parturientes quer para profissionais de saúde, urge divulgar evidência científica atual, no sentido de superar alguma relutância, ainda, existente quanto ao uso da música no TP e lutar para que a instalação dos meios necessários para a difusão musical seja uma realidade, em todas as salas de parto e blocos cirúrgicos. De acordo com o mesmo autor, a música tem um papel mais importante nos partos vaginais do que nas cesarianas. Isto deve-se ao facto de haver falta de equipamento para difusão musical nos blocos operatórios, onde se realizam as cesarianas.

A liderança em obstetrícia vai ter, aqui, um papel fundamental. Uma boa liderança faz com que as parteiras/ EESMOs se sintam apoiados e motivados, permitindo-lhes aprofundar conhecimentos, independência profissional e oportunidades de autorrealização, para além de criar as condições de trabalho adequadas. Uma boa liderança constitui um elemento fulcral na construção do trabalho da parteira na sala de parto (Guzewicz & Sierakowska, 2022).

De acordo com Morimoto et al. (2019) dado os benefícios e eficácia, desta intervenção terapêutica, os EESMOs/ parteiras devem integrar a música na sua prática de cuidados diária, nas unidades obstétricas hospitalares. Perković et al. (2021) acrescentam que o uso da música constitui um método não farmacológico de simples execução, com impacto significativo nos resultados do parto e puerpério, contribuindo para uma assistência obstétrica de qualidade.

4.1.2 Alívio da dor/desconforto; promoção do relaxamento; redução da ansiedade/*stress*; e bem-estar físico e psicológico

Todos os artigos analisados são unânimes, no que diz respeito aos efeitos da música, como cuidado, no TP. A música, enquanto estratégia não farmacológica, vai contribuir para o alívio da dor e ansiedade, promoção do relaxamento contribuindo, assim, para o bem-estar físico e psicológico da mulher.

De acordo com Karkal et al. (2017), e indo ao encontro do que referem Bergold & Sobral (2003), a música possui uma capacidade poderosa de causar distração, desviando a atenção das mulheres da dor, promovendo o relaxamento. Na mesma linha de pensamento, Gautam et al. (2023) mencionam que o uso da música no TP, tende a reduzir a percepção da intensidade da dor sentida pela mulher, tanto na fase latente como ativa do TP. Outros autores reforçam esta afirmação, referindo que a música possui um efeito calmante, relaxante e de focalização, para além de influenciar, positivamente, vários aspetos do TP, tais como a dor, a ansiedade, o *stress* e a satisfação maternas, independentemente do tipo de parto (Simkin & Bolding, 2004; Ward & Hisley, 2009; Hepp et al., 2021; Morimoto et al., 2019).

John e Angeline (2017) apontam que a música ajuda reduzir a ansiedade e a dor maternas, durante a fase latente do primeiro estágio do TP. Os mesmos autores defendem que a música pode ser usada para promover relaxamento, nos estádios iniciais do TP e, funcionar como estimulante para promover o movimento, nos estádios posteriores, quando o esforço físico é necessário, para suportar o processo.

Bocanegra et al. (2020) referem que a mais recente evidência científica tem vindo a mostrar benefícios, tanto para a mãe quanto para o feto/ RN. Este cuidado alternativo melhora a qualidade da gravidez e do TP, reduzindo o nível de ansiedade materna e o *stress* neonatal. Para além de favorecer a redução da dor sofrida pela mãe, durante as contrações do TP, provoca sensações agradáveis de tranquilidade, calma e segurança na mulher. O feto, por sua vez, é invadido por sensações de bem-estar, devido à estimulação do seu sistema nervoso autónomo. Essa sensação de bem-estar e acalmia vão acompanhar o RN nos primeiros dias de vida, quando submetido ao estímulo musical.

O reconhecimento da utilidade de métodos não farmacológicos, como o uso da música, pelos profissionais de enfermagem, para além de garantir uma melhoria no atendimento ao binómio, garante a melhoria dos indicadores de bem-estar materno-fetal (Bocanegra et al., 2020). Tabarro et al. (2010), Martin (2014) e Campos (2015) são da mesma opinião no que concerne aos benefícios do uso da música, como cuidado, e sua repercussão no feto bem como RN.

A música pode ser aplicada de forma isolada ou em associação com outros métodos não farmacológicos ou farmacológicos. Muitas vezes, é usada em associação com exercícios respiratórios, de relaxamento e meditação ou até com métodos farmacológicos, oferecendo uma ajuda adicional à mulher em TP. De acordo com Bocanegra et al. (2020), as terapias complementares, aquando utilizadas em simultâneo, tornam-se mais eficazes. Segundo Karkal et al. (2017), a maioria dos exercícios de relaxamento usa um estímulo “como gatilho” para obter a resposta de relaxamento aprendida, sendo que a música demonstrou ter um excelente potencial como indutor do relaxamento.

Face aos seus efeitos, relativamente ao alívio da dor e da ansiedade, a música tornou-se numa ferramenta alternativa, muito útil, convertendo o parto numa experiência agradável (Bocanegra et al., 2020; Buglione et al., 2020; Amanak, 2020; Perković et al., 2021; Hepp et al., 2021). Morimoto et al. (2019) acrescenta que para que esses efeitos sejam efetivos, deve ser tida em conta a preferência musical da utente.

No decorrer da realização da *ScR*, grande parte da evidência científica referia que o EESMO deveria ter em conta o gosto musical da grávida/ parturiente, ao fazer a seleção da playlist para uso. No entanto, um dos artigos selecionados, para a mesma, falava de um tipo de som produzido por um instrumento musical em específico, o som produzido pela flauta de junco. Amanak (2020), refere que os achados do seu estudo indicam que o som produzido pela flauta de junco vai ter um impacto positivo na mulher, aquando da realização do exame vaginal, para além dos contributos na redução da ansiedade e dor, bem como diminuição da duração do TP, garantindo uma experiência satisfatória para a mulher e contribuindo para a saúde e bem-estar do binómio mãe - filho. Por esse motivo, há que considerar o seu uso.

Buglione et al. (2020) e Karkal et al. (2017), partilham da opinião que esta é uma estratégia não farmacológica que deve ser usada por primigestas em TP, por todos os efeitos acima referidos, contribuindo para um maior bem-estar da parturiente e potenciando a sua capacidade para enfrentar o TP. Pasternak et al. (2019) reforça que esta estratégia não farmacológica aumenta a probabilidade de primíparas terem um parto vaginal, independentemente dos seus níveis de stress.

O uso da música, como cuidado, constitui um recurso eficaz, seguro, de fácil acessibilidade e aplicação, para além de possuir um baixo custo (Karkal et al., 2017; Morimoto et al., 2019; Pasternak et al., 2019).

No que concerne ao bem-estar psicológico da mulher, Perković et al. (2021) referem que a educação baseada em evidência científica pode moldar a atitude das mulheres e fortalecer a sua autoconfiança, contribuindo assim para uma experiência de parto e maternidade positivas, bem como para a sua saúde mental, o que constitui um benefício inestimável para o indivíduo, família,

sistema de saúde e sociedade como um todo. Os mesmos autores acrescentam que a educação para a saúde em obstetrícia e a audição de música clássica no TP têm um impacto positivo, na percepção da dor das contrações e na saúde mental da mulher no puerpério. Os níveis de intensidade de dor no TP são menores, e a incidência de sintomas psicológicos nas dimensões de sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide são menores em mulheres mais esclarecidas e submetidas a uma intervenção musical clássica.

O uso de música no TP, tem influência benéfica quer nas parturientes, quer nos profissionais de saúde, independentemente do tipo de parto. Esta estratégia não farmacológica tem um impacto positivo em termos de comunicação e de humor, entre as equipas de saúde e as parturientes (Hepp et al., 2021).

5 CONCLUSÃO

No contexto clínico sala de partos, a oportunidade de acompanhar grávidas, nos quatro estádios do TP, implicou desenvolver a capacidade de relacionar a teoria com a prática, necessária para a identificação eficaz da progressão do TP. Nesse sentido, foi determinante a pesquisa da literatura, a prática do cuidar, discussão de casos clínicos com as enfermeiras cooperantes, observação de práticas realizadas pelos vários EESMOs integrantes da equipa do BP, e a realização de 41 partos eutócicos, com a singularidade que cada nascimento representou.

O processo de formação desenvolvido, ao longo deste percurso, e as opções metodológicas permitiram dar resposta aos desafios propostos. Verificou-se, ao longo do EC, uma autonomia gradual, adquirida através do desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas, relacionais, socioculturais e éticas. Com a elaboração deste relatório foi possível refletir e analisar criticamente o percurso de aprendizagem, bem como a aquisição de competências de um EESMO. A estudante considera que as atividades propostas foram desenvolvidas com sucesso, tendo adquirido vários conhecimentos sobre a área em questão, contribuindo assim para uma prestação de cuidados especializados, de excelência, à mulher grávida/ RN/ família.

De salientar que a prestação de cuidados foi sempre centrada na mulher/pessoa significativa/ RN, tendo em conta a sua individualidade. Desde o primeiro contacto estabelecido com a mulher/ pessoa significativa que se foi construindo uma relação terapêutica de confiança, relação essa que permitiu diagnosticar as suas reais necessidades e perceber quais as suas expectativas (tendo em conta as suas crenças/valores). Por fim, é de salientar que foram atingidas as competências exigidas, tendo sido desenvolvidas as capacidades de comunicação, compreensão, de raciocínio crítico e de argumentação, assim como a aquisição de novos conhecimentos.

No presente relatório, a *ScR* foi a metodologia selecionada para ir ao encontro das evidências científicas que confrontam a prática dos cuidados prestados pelo EESMO à parturiente, e desta forma refletir sobre um novo caminho, mais holístico e humanizado a percorrer para prestar cuidados especializados e de excelência.

Desde que o parto se tornou um evento hospitalar que se constatou um aumento do intervencionismo e da medicalização do TP, por parte das equipas de saúde, retirando a autonomia da mulher e contribuindo para partos menos humanizados. Nos últimos anos, acompanhando a

evolução e o empoderamento feminino no que concerne ao TP e nascimento, impõe-se a necessidade de promover um parto humanizado e fisiológico, devolvendo o protagonismo à mulher. O grande foco do EESMO consiste em desenvolver intervenções que procurem satisfazer as reais necessidades e preferências da parturiente, proporcionando bem-estar e segurança à mulher/ pessoa significativa, em todo o processo.

Numa era em que, cada vez mais, se promove o parto humanizado e uma experiência de parto positiva, os métodos não farmacológicos ganham particular destaque, pois vão contribuir para uma assistência profissional onde a autonomia, a segurança, o conforto e o bem-estar da parturiente são a palavra de ordem. A desmedicalização do TP constitui um desafio a alcançar e dependerá, em muito, da atitude/ postura dos EESMOs.

Uma vez que o uso da música no TP, constitui um método não farmacológico com vantagens/ benefícios quer para a parturiente/ RN/ família e inclusive para a equipa de saúde, torna-se imperativo que os EESMOs incentivem ao uso desta estratégia. O empoderamento da mulher, relativamente aos métodos não farmacológicos de alívio da dor e promoção do bem-estar no TP deverá ter início na fase pré-natal (consultas de vigilância da gravidez e CPNP) para que a mulher possa escolher em consciência quais os métodos a utilizar, aquando iniciar o TP. Também, na sala de partos, cabe ao EESMO ser proativo, tornando-se num agente de mudança com vista à melhoria dos cuidados, baseados na evidência científica mais atual.

De acordo com os artigos analisados, o uso da música, como cuidado, no TP constitui uma ferramenta poderosa pois vai contribuir para que a parturiente foque a sua atenção na música descentralizando-se da dor e do desconforto, promovendo assim o relaxamento, conforto, tranquilidade e o bem-estar físico e psicológico. Esta estratégia não farmacológica vai contribuir para a satisfação da parturiente, refletindo-se numa vivência do parto mais positiva e humanizada.

O EESMO possui competências específicas que privilegiam o parto natural e o bem-estar da parturiente/ pessoa significativa (OE, 2019) e as estratégias não farmacológicas constituem uma aposta, em constante desenvolvimento, que contribui para a qualidade dos cuidados (OMS, 1996).

Como futura EESMO, a estudante considera que tem um longo caminho a percorrer, e que o estudo e atualização de conhecimentos será uma constante. Com este relatório pretende-se não só obter o grau de Mestre, através da discussão pública do mesmo, mas também, pesquisar e aprofundar o seu conhecimento e posterior prática clínica recorrendo aos métodos não farmacológicos, nomeadamente o uso da música, como cuidado na promoção do bem-estar da mulher em TP.

O recurso a estratégias não farmacológicas no alívio da dor e promoção do bem-estar da mulher em TP, permite ao EESMO desenvolver intervenções autónomas conferindo uma maior

visibilidade do seu papel enquanto elemento da equipa multidisciplinar. Assim, o EESMO deve mobilizar estratégias não farmacológicas atendendo à individualidade da parturiente e considerando as suas reais necessidades na prestação de cuidados, derrubando as barreiras dos cuidados rotineiros e perspetivando novas estratégias para o alívio da dor/ desconforto e promoção do bem-estar da mulher no TP.

A estudante conclui que os objetivos propostos foram atingidos e que os contributos deste trabalho serão uma mais-valia na prestação de cuidados à parturiente/pessoa significativa permitindo assim uma nova visão face ao uso da música como cuidado, seus benefícios e a forma como os mesmos contribuem para uma melhor satisfação das parturientes na vivência do parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, A. J., Silva, A. A., Gonçalves, M. M., Silva, D. M., & Silva, M. C. (2019). Assistência de Enfermagem durante o Parto Natural Humanizado. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 11, p. 377-378. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2025/0>
- Allred, K., Byers, J. & Sole, M. (2010). The Effect of Music on Postoperative Pain and Anxiety. *Pain Management Nursing*, 11 (1), p. 15-25.
- Amanak, K. (2020). The effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70 (11).
- Amendoeira, J. (2022). Revisão Sistemática de Literatura - A Scoping Review (documento orientador para estudantes).
- Augé, P. (2009). Guía didáctica: Musicoterapia, Relajación com música. In E. S. Madrona, *Terapias Naturales: Intervenciones autonomas de enfermería*, p. 100-115. Barcelona: Obra Social Fundacion "La Caixa".
- Aveiro, C. & Velosa, T. (s.d.). *A dor em obstetrícia*. (Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem apresentados à Ordem dos Enfermeiros). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf
- Backes, D., Ddine, S., Oliveira, C. & Backes, M. (2003). Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Revista Nursing*, 6 (66), p. 37-42.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. Editora Summus.
- Bergold, L. (2003). Music for care humanization. *Online Brazilian Journal of Nursing*.

- Bergold, L. (2005). A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery.
- Bergold, L. & Alvim, N. (2009). *Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado*.
- Bergold, L. & Sobral, V. (2003). Music for care humanization. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2 (3). ISSN 1676-4285.
- Bernatzky, G., Presch, M., Anderson, M. & Panksepp, J. (2011). Emotional foundations of music as a non-pharmacological pain management tool in modern medicine. *Neurosci Biobehav Rev*, 35 (9), p.1989-99.
- Bocanegra, B., Sosa, J. & Simbaqueba, D. (2020). Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 11 (2), e1056. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1056>
- Browning, C. A. (2000). Using Music During Childbirth. *Birth*, 27 (4), p. 272- 276.
- Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglio, L., Toscano, P., Travaglino A., Zapparella, R., Duval, M., Zullo, F. & Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301, p.693–698. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>
- Bulechek, G., Wagner, C., Butcher, H. & Dochterman, J. (2020). NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem (7ª Edição) Guanabara Koogan.
- Busanello, J., Kerber, N., Fernandes, G., Zacarias, C., Cappellaro, J. & Silva, M. (2011). Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*, 10 (1), p. 169-175. <https://www.researchgate.net/publication/273417521>
- Campos, M. (2015). Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. *Metas Enfermería*, 18 (8), p. 56-61.
- Carvalho, A. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros* (Dissertação de mestrado em supervisão clínica em enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Dissertação_Ana%20Carvalho%20VERSÃO%20DEFINITIVA.pdf

- Carvalho, S. & Silva, C. (2019). Revisão Integrativa: Promoção das Boas Práticas na Atenção ao Parto Normal. *Revista de Atenção à Saúde*, 18 (63), p. 110-119.
- Cassileth, B. & Gubili, J. (2010). Terapêuticas Complementares para a Gestão da Dor. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. International Association for the Study of Pain.
- Castro, A. (2009). As repercussões da música na dor do trabalho de parto: contribuições para Enfermagem obstétrica. Dissertação de Mestrado – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
- Castro, S. (2011). *O rosto do acolhimento no Bloco de Partos: Uma competência do EESMO* (Relatório para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Chlan, L., & Halm, M. A. (2013). Does Music Ease Pain and Anxiety in Critical Ill. *American Journal of Critical Care*, 528-532.
- Cole, L. & Lobiondo-Wood, G. (2014). Music as an Adjuvant Therapy in Control of Pain and Symptoms in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, 15 (1), p. 406-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107431>
- FAME & APEO (2009). *Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso*. Lusociência.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In Néné, M., Marques, R. e Batista, M. (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, pp.308-320. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Ferreira, S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor. In Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, pp. 416-423. LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Fonseca, K., Barbosa, M, Silva, D., Fonseca, K.V., Siqueira, K & Souza, M. (2006). Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8, p. 398-403.

- Fujita, J., Nascimento, P. & Shimo, A. (2015) O uso da música na parturição: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 72, p. 23-28.
- Gallo R., Santana L., Marcolin A., Ferreira, C., Duarte, G. & Quintana, S. (2011). *Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: Protocolo assistencial*. *Femina*, 39 (1). <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>
- Gamst-Jesen, H., Vedel, P., Lindberg-Larsen, V. & Egerod, I. (2014). Acute pain management in burn patients: Appraisal and thematic analysis of four clinical guidelines. *Burns*, Guildford, 40 (8), p. 1463-9.
- Gautam, S., Chalise, G., Bharati, M. & Shrestha, S. (2023). Effect of Music Therapy on Intensity of Labor Pain among Primigravid Mothers admitted in a Tertiary Level Hospital. *Journal of Nepal Health Research Council*, 21 (1), p. 92-98.
- Gentz, B. (2001). Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical obstetrics and gynecology* 44 (4), p. 704-732.
- George, J. (2000). Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. (4ª edição). Porto Alegre. Artes Médicas.
- Gonçalves, D., Nogueira, A. & Puggina, A. (2008). O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enfermagem*, 13 (4), p. 591-596.
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5ª edição). LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Graciano R. (2003). A música na prática terapêutica. *Rev Curso Prat Canto*, 2, p.44-5.
- Gracio, A., Gracio, A., Silva, R., Silva, A., Lima, C. & Reis, D. (2020). O cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: Contribuição do enfermeiro. *Brazilian Journal of Health Review*, 3 (4), p. 8958-8973. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-141>
- Guzewicz, P. & Sierakowska, M. (2022). The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional. *International Journal of Environmental Research & Public Health Study*, 19, ID 15824, p. 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315824>
- Heidegger, M. (1999). *Ser e Tempo*. (8ª edição) Ed.Vozes.

- Hepp, P., Fleisch, M., Hasselbach, K., Fehm, T. & Schaal, N. (2021). Use of **music** during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304 (2), p. 355-363. <http://doi.org/10.1007/s00404-020-05958-9>
- Jardim, M., Silva, A., & Fonseca, L. (2017). Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. *VIII Jornada Internacional Políticas Públicas*. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão. <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/contribuicoesdoenfermeiroparaempoderamentodagestantenoprocessodeparturicaonatural.pdf>
- John, N. & Angeline, A. (2017). Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam. *International Journal of Nursing Education*, 9 (2), p. 24-29.
- Junior, F., Ferraz, D., Cunha, E., Santos, I. & Batista, M. (2012). Influência da música na dor e na ansiedade decorrentes de cirurgia com pacientes com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58 (2), p. 135-141. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n2.611>
- Kamiyama, Y. (1984). Teorias de enfermagem - Conferência internacional. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 75 (3), p. 199-207. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zzmYTFW4myfrySrsfDmzJbb/?format=pdf>
- Karkal, E., Kharde, S. & Dhumale, H. (2017). Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor. *International Journal of Nursing Education*, 9 (2), p. 57-60.
- Katzer, T. (2016). Métodos não farmacológicos para o alívio da dor: Percepções da equipe multiprofissional no trabalho de parto e parto. Santa Cruz do Sul. <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1371/1/Ta%C3%ADs%20Katzer.pdf>
- Lara, S. & Cesar, M. (Coords.) (2017). *Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia: Manuais de Especialização*. Volume 21. Brasil, Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, Editora Manole.
- Leão, E. (2012). Dor Oncológica: A Música Como Terapia Complementar. *Música Sacra e Adoração*.

- Leão, E. & Silva, M. (2004). Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), p. 235-241.
- Levitin, D. (2021). *A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana*. (1ª edição). Objetiva. Rio de Janeiro.
- Lima, P., Soares, M., Fróes, G., Machado, J., Santos, S. & Alves, E. (2015). Liga de humanização do parto e nascimento da Universidade de Brasília: relato de experiência. *Gestão Saúde*, 6 (3), p. 2783-98.
- Lindquist, R., Snyder, M. & Tracy, M. (Eds.) (2014). *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. Springer Publishing Company. (7ª edição).
- Lopes, C., Meincke, S., Carraro, T., Soares, M., Reis, S. & Heck, R. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento do seu filho. *Cogitare Enfermagem*, p. 484-490.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na maternidade*. (7ª edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Martin, C. (2014). A narrative literature review of the therapeutic effects of music upon childbearing women and neonates. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, p. 262-267.
- Mcewen, M. & Wills, E. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. (4ª edição). Artmed.
- Morimoto, K., Lago, M. & Zani, A. (2019). A Musicoterapia na redução do estresse de pais de bebês pré-termos: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 28 (1), p. 96-100.
- Nóbrega E. & Souza, M. (2013). Música na assistência de enfermagem: resultados baseados em evidências. *InterScientia, João Pessoa*, 1 (3), p. 103-114.
- Nociti, J. (2010). Música e Anestesia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 60 (5), p. 455-6.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor. Guia orientador de boa prática. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Livro de bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padroes-de-qualidade-ce-eesmo.pdf.

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

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). Projecto da Mesa do Concelho de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1996). *Care in Normal Birth: a Practical guide*. Geneva: WHO.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO: Recommendations intrapartum care for positive childbirth experience*.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>

Osório, S., Júnior, L. & Nicolau, A. (2014). Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15 (1), p.174-84.

<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324030684022.pdf>

Pasternak, Y., Miller, N., Asali, A., Yagur, Y., Weitzner, O., Nimrodi, M., Berkovitz, A. & Biron-Shent,

- T. (2019). Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300, p. 1239–1244. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05310-w>
- Pedro, L. & Oliveira, S. (2016). *A Dor no Trabalho de Parto*. In Néné, M., Marques, R. e Batista, M. (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, (pp.411-412). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Pereira, R., Franco, S. & Baldin, N. (2011). A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, pp. 382-388.
- Perković, R., Dević, K., Hrkać, A., Šaravanja, N., Tomić, V., Krišto, B., Dukić, H. & Vasilj, V. (2021). Relationship between Education of Pregnant Women and Listening to Classical Music with the Experience of Pain in Childbirth and the Occurrence of Psychological Symptoms in Puerperium. *Medicina Academica Mostariensia*, 9 (2), p. 260-270.
- Phillips, J. (2019). Unitariology and the Changing Frontiers of the Science of Unitary Human Beings. *Nursing Science Quarterly*, 32 (3), p. 207-213. DOI: [10.1177/0894318419845404](https://doi.org/10.1177/0894318419845404)
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de 26 de janeiro de 2018. *5ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padrões-de-qualidade-ce-eesmo.pdf
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 26/2019 – II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República nº 85/2019 - II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Reis, C., Souza, D., Nogueira, M., Progianti, J. & Vargens, O. (2016). Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, 8 (4), p. 4972-9.

- Resende, F., Carvalho, T., Santos, R., Correia, T., Pena, L., Costa, C., Rezende, C., Barbosa, T., Andrade, S. & Pena, H. (2021). Métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor durante o parto: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10 (8). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.15291>
- Rodrigues, D., Nogueira, C., Silva, P., Caixeta, L., Freitas, E., Silva, M., Terra, A., Felisbino, D., Costa, A., Brandão, A., Teixeira, A., Dias, D. & Oliveira, L. (2019). A música como instrumento de humanização na saúde da mulher. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(13), e1250. <https://doi.org/10.25248/reas.e1250.2019>
- Rogers, M. (1990). Space-age paradigm for new frontiers in nursing. In M.E. Parker (Ed) *Nursing theories in practice*, p.105-113. National League for Nursing.
- Roges, A. (2019). Intervenção de Enfermagem com a meditação para adolescentes com estresse diante o bullying, à luz de Martha Rogers. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.
- Sá, A. (1994). A ciência do ser humano unitario de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 28 (2), p. 171-176. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199402800200171>
- Santos F. & Coronago V. (2017). Uso da Musicoterapia como Terapia Alternativa no Tratamento da Doença de Parkinson. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 11 (35), p. 341-60. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/729/1043>
- Santos, E. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. *Dissertação de Doutorado em Didática*. Universidade de Aveiro.
- Silva, S., Fava, S., Nascimento, M., Ferreira, C., Marques, N. & Alves, S. (2008). Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 16, n. 3, p. 382-387. Rio de Janeiro.
- Silva, Ú., Fernandes, B., Paes, M., Souza, M. & Duque, M. (2016). Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 10 (4), 1273-1279.

- Simkin, P. & Bolding, A. (2004). Update on Nonpharmacological Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, p. 489-504. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>
- Tabarro, C., Campos, L., Galli, N., Novo, N. & Pereira, V. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e recém-nascido. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44 (2), p. 445-452.
- Taets, G. & Barcellos, L. (2010). Música no cotidiano de cuidar: um recurso terapêutico para enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2 (3), p. 1009-1016.
- Torchi, T. & Barbosa, M. (2006). A Música como recurso no cuidar em enfermagem. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. Universidade Anhanguera. 10 (3), pp. 125-138.
- Vaajoki, A., Pietilä, A., Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 21, n. 5-6, p. 708-17, 2012.
- Valente, L. (2017). Revisão Integrativa da Literatura acerca da apropriação do Uso da Música como Cuidado às Parturientes. Trabalho final de Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura. Universidade Federal Fluminense.
- Ward, S. & Hisley, S. (2009). Promoting Patient Comfort during Labor and Birth. In, *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children, and Families*, p. 399-426. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wells, N., Pasero, C. & McCaffery, M. (2008). Chapter 17: Improving the Quality of Care through Pain Assessment and Management. In: Hughes, R.G., Ed., *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, AHRQ Publication, Rockville. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/>
- Wigram, T. & Grocke, D. (2007). *Receptive Methods In Music Therapy Techniques And Clinical Applications For Music Therapy Clinicians, Educators And Students*. Jessica Kingsley Publishers.

Yinger, S. & Gooding, F. (2015). A Systematic Review of Music-Based Interventions for Procedural Support. *Journal of Music Therapy*. 52 (1), 1-77. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/jmt/thv004>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto Individual de Estágio IV



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

**PROJETO DE ESTÁGIO IV
ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS**

Mestranda:
Ana Filipa Rosado
Nº 015032120

Professora Orientadora:
Olímpia Cruz

janeiro de 2021

SIGLAS

ABCF – Auscultação dos Batimentos Cardíofetais

BP – Bloco de Partos

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MESMO – Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MFA – Movimentos Fetais Ativos

RABA – Rutura Artificial da Bolsa Amniótica

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-nascido

SU – Serviço de Urgência

TP – Trabalho de Parto

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular **Estágio IV – Estágio e Relatório em ESMO na Sala de Partos**, inserida no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi solicitada a elaboração de um Projeto Individual de Estágio.

O Projeto Individual de Estágio constitui uma mais valia, pois surge como guia orientador das atividades a desenvolver, permitindo assim, alcançar os objetivos traçados e ainda, desenvolver e aprimorar competências do Enfermeiro Especialista e do EESMO, em particular. Este guia possui um caráter flexível, no sentido de poder ser ajustado de acordo com as necessidades, no decorrer do Estágio. Neste documento constarão os objetivos específicos que me proponho a atingir, bem como as atividades a realizar para a concretização dos mesmos, os intervenientes e o período em que se estima a sua realização.

O Estágio IV decorrerá no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e no Bloco de Partos num Hospital de Apoio Perinatal, da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no período de 4 de Janeiro a 28 de Maio, com interrupção de 29 de Março a 2 de Abril, para Férias da Páscoa. A orientação tutorial ficará a cargo da Professora Olímpia Cruz, que terá como cooperantes duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Este estágio tem como objetivo geral:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente e recém-nascido (RN), em situação de saúde e doença.

Os objetivos específicos e as atividades a realizar para a concretização dos mesmos, estão planeados de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, encontram-se definidos para serem atingidos em três momentos – na 5ª, 12ª e 20ª semana, de acordo com o progresso, em termos de autonomia, desenvolvimento de capacidades e aptidões, bem como na aquisição das diferentes competências comuns e específicas do EEESMO. No próximo capítulo consta o Plano de Atividades, seguidamente algumas considerações finais e, por último, os Anexos I e II, onde se encontram os documentos que regulamentam a profissão de Enfermagem e que são referidos ao longo deste trabalho.

1 – PLANO DE ATIVIDADES

Objetivo: Conhecer a estrutura orgânico – funcional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos.		
Competências a adquirir:		
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: C, D (Consultar Anexo I)		
Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<ul style="list-style-type: none">- Acolhimento da estudante pela Enfermeira Chefe do Serviço;- Visita guiada às instalações do SU Obstétrica e Ginecológica/ Bloco de Partos;- Compreensão da dinâmica organizacional e funcional do SU Obstétrica e Ginecológica/ BP;- Conhecimento da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem;- Observação do papel do EESMO nos cuidados de enfermagem especializados à mulher grávida/parturiente/puérpera/recém-nascido e família;- Consulta, leitura e análise dos protocolos e normas, relativos ao funcionamento do SU Obstétrica e Ginecológica /Bloco de Partos;- Conhecimento da localização dos recursos materiais, com vista a uma segura prestação de cuidados;- Prestação de cuidados em articulação com as Enfermeiras Cooperantes e restante Equipa Multidisciplinar;- Disponibilização constante na colaboração com os diferentes elementos da Equipa Multidisciplinar, promovendo o trabalho em equipa.- Consulta dos registos realizados no sistema informático <i>SClínico</i>.	<p style="text-align: center;">Enfermeira Chefe Enfermeiras Cooperantes Equipa Multidisciplinar Mestranda</p>	<p style="text-align: center;">No decorrer da 1ª e 2ª semanas</p>

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/grávida/família no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A, B, C, D (Consultar Anexo I).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica: 2, 3, 5, 6 (Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<ul style="list-style-type: none">- Preparação do local, criando um ambiente favorável e acolhedor, assegurando a privacidade, segurança e dignidade da utente;- Acolhimento da mulher/ grávida;- Apresentação à mulher/grávida e estabelecimento de uma relação empática, respeitando a sua individualidade, promovendo confiança para com a Equipa Multidisciplinar;- Realização da avaliação inicial: identificação do motivo de recorrência ao SU e elaboração da história clínica e obstétrica;- Promoção do respeito pela individualidade da mulher/grávida/família (valores, costumes, crenças...);- Avaliação física e psicológica da mulher/grávida;- Avaliação do bem-estar materno-fetal, quando aplicável;- Colaboração com o médico obstetra na realização de exames ginecológicos ou obstétricos, de acordo com a situação;- Identificação das necessidades da mulher/ grávida, em termos de cuidados de enfermagem especializados;- Planeamento dos cuidados de enfermagem especializados, de acordo com as necessidades/ problemas identificados, estabelecendo parcerias com a mulher, assegurando o direito de escolha e autodeterminação;- Implementação das intervenções de enfermagem especializadas, com rigor técnico e científico, face aos diagnósticos identificados;	<p>Enfermeiras Cooperantes Equipa Multidisciplinar Mestranda</p>	<p>Realização, com colaboração, até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados;- Encaminhamento da grávida/parturiente/acompanhante para o BP, em caso de TP;- Identificação de situação de aborto/ morte fetal e devido encaminhamento (BP ou internamento);- Prestação de apoio emocional à mulher/grávida, que vivencia um processo de luto (em caso de aborto/morte feral) ou em situação de complicações inesperadas;- Realização de Educação para a Saúde, de acordo com as necessidades/ problemas identificados, promovendo o empoderamento da mulher/grávida;- Solicitação da ajuda de outro profissional, sempre que a situação saia da minha área/ nível de competência;- Encaminhamento da mulher/grávida/família, de acordo com a especificidade da situação (BP, Serviço de Internamento, domicílio aquando alta médica);- Realização de registos claros e objetivos no sistema informatizado – <i>SClinico</i> e em suporte de papel. | | |
|---|--|--|

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/parturiente/acompanhante no acolhimento no BP, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A, B, C, D (Consultar Anexo I).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica: 2, 3(Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<ul style="list-style-type: none"> - Preparação do local, criando um ambiente calmo e acolhedor, que proporcione tranquilidade e segurança à grávida/parturiente/acompanhante, assegurando sempre o direito à privacidade, dignidade e que respeite a sua individualidade; - Apresentação à grávida/ parturiente/ acompanhante e estabelecimento de uma relação empática, respeitando a sua individualidade sociocultural, promovendo confiança para com a Equipa Multidisciplinar; - Apresentação do espaço físico, funcionamento do bloco de partos, sala do RN e circuito externo do acompanhante; - Esclarecimento sobre a dinâmica do serviço, minimizando a ansiedade da parturiente e acompanhante face ao internamento; - Utilização de uma linguagem simples, coerente, promovendo a envolvimento e participação da grávida/parturiente/acompanhante, em todo o processo; - Realização da AI, colhendo dados sobre a razão de admissão, gravidez atual (idade gestacional, intercorrências, exames laboratoriais e ecográficos) antecedentes obstétricos, pessoais e familiares, grupo de sangue, alergias..., através da entrevista, consulta do processo clínico e do Boletim de Saúde da Grávida; - Planeamento de estratégias de intervenção, em conjunto com a grávida/parturiente/acompanhante, incentivando a sua participação ativa no processo; 	<p>Enfermeiras Cooperantes</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Mestranda</p> <p>Grávida/Parturiente/Acompanhante</p>	<p>Realização, com colaboração, até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>

- Avaliação do bem-estar fetal, através do registo cardiotocográfico, informando a parturiente/acompanhante que o mesmo se encontra visível na sala de registos, sob vigilância contínua;
- Identificação precoce de sinais/sintomas de complicações e chamar obstetra/pediatra, se necessário;
- Preparação física da parturiente, respeitando a sua vontade, nomeadamente: tricotomia, aplicação de microclister;
- Realização de colheitas para Sars-Cov-2 ao casal, no momento do acolhimento no BP;
- Colocação de acesso venoso periférico com soroterapia em perfusão, de acordo com a especificidade de cada situação;
- Colheita de sangue para hemograma, tempo de coagulação e, se necessário, para o *kit* de células estaminais (quando aplicável);
- Solicitação do preenchimento dos consentimentos informados, relativos à colheita de sangue/tecidos para preservação das células estaminais (quando aplicável);

Realização do exame físico e obstétrico na grávida/parturiente:

- Realização do exame físico e obstétrico (sinais vitais, manobras de Leopold, Altura do Fundo Uterino, identificação de MFA);
- ABCF;
- Identificação do padrão das contrações (se regulares ou irregulares, intensidade);
- Identificação de alterações vulvares e perineais;
- Realização do exame vaginal, observando as características do colo uterino, atendendo à consistência, posição, apagamento e dilatação;
- Identificação da integridade do canal de parto;
- Verificação da integridade das membranas, se rutura proceder ao registo da hora e avaliação das características do líquido amniótico;

<ul style="list-style-type: none">• Determinação da posição e variedade da apresentação fetal, assim como da descida da apresentação, se possível;• Avaliação da evolução do TP. <p>- Estabelecimento de prioridades, de acordo com a situação;</p> <p>- Informação à grávida/parturiente/acompanhante sobre quais os alimentos que pode ingerir, de acordo com o estágio em que se encontra;</p> <p>- Informação à grávida/ parturiente acerca dos de métodos farmacológicos e não farmacológicos, para alívio da dor/ desconforto, existentes no serviço;</p> <p>- Identificação da realização do Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade;</p> <p>- Identificação do plano de parto e das expectativas relativas ao TP;</p> <p>- Promover conforto e privacidade à parturiente, procedendo ao esclarecimento dos procedimentos e o porquê da sua realização;</p> <p>- Esclarecimento de dúvidas e medos à grávida/ parturiente/ acompanhante;</p> <p>- Observação do relacionamento do casal e incentivo à presença permanente do companheiro, de forma a minimizar a ansiedade e o medo;</p> <p>- Realização de Educação para a Saúde, de acordo com as necessidades identificadas;</p> <p>- Solicitação de ajuda de outro profissional, sempre que a situação saia da minha área e nível de competência;</p> <p>- Organização do processo da parturiente e do RN;</p> <p>- Realização de registos claros, concisos e objetivos no sistema informatizado – <i>SCLínico</i> e em suporte de papel.</p>		
---	--	--

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/acompanhante no 1º estadio do TP, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A; B; D (Consultar Anexo I).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica: 3 (Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<p><u>1º Estadio do TP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo, acolhedor e seguro; - Identificação das diferentes fases do 1º estadio do TP; - Vigilância da progressão do TP, promovendo o bem-estar materno-fetal; - ABCF e caracterização da contratilidade uterina, através do RCT; - Realização do exame vaginal, observando as características do colo uterino, atendendo à consistência, posição, apagamento e dilatação; - Identificação do grau de descida da apresentação, segundo os planos de Hodge; - Identificação da posição e variedade da apresentação; - Observação da integridade das membranas, aquando o toque vaginal; - Esclarecimento à parturiente que a rotura de membranas poderá ocorrer espontaneamente, no decorrer do trabalho de parto, ou ser efetuada por prolongamento do mesmo; - Informação sobre os procedimentos inerentes à rotura artificial de membranas, minimizando a ansiedade/medo, permitindo a colaboração materna; - Realização de amniotomia, se necessário e se mantidas as condições (progressão do trabalho de parto; dilatação de pelo menos 3cm; apresentação fetal fixa na pélvis; parturiente sem infeção a herpes genital ativo ou vírus da imunodeficiência humana) – registo da hora de RABA; 	<p style="text-align: center;">Enfermeiras Cooperantes</p> <p style="text-align: center;">Equipa Multidisciplinar</p> <p style="text-align: center;">Mestranda</p> <p style="text-align: center;">Grávida/Parturiente/Acompanhante</p>	<p style="text-align: center;">Realização, com colaboração, até à 5ª semana</p> <p style="text-align: center;">Realização com supervisão até à 12ª semana</p> <p style="text-align: center;">Realização, de forma autónoma, até à 20ª semana</p>

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Vigilância das características do líquido amniótico e reação da frequência cardíaca fetal no RCT;- Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este estadio;- Utilização de uma linguagem clara, envolvendo a parturiente e o acompanhante nas tomadas de decisão;- Esclarecimento de todos os procedimentos e evolução do TP;- Incentivo à participação ativa da parturiente e do acompanhante no TP;- Identificação dos conhecimentos que a parturiente adquiriu, durante a gravidez, relativos a todo o processo de trabalho de parto;- Controle do padrão de eliminação vesical da parturiente, incentivando-a ao esvaziamento vesical de 2 em 2 horas e, caso não consiga efetuar esvaziamento, através de sonda;- Realização de registos (no <i>SClínico</i> e partograma);- Prestação de cuidados especializados na vigilância e avaliação do TP de forma calma, consciente e autónoma;- Observação do estado emocional e comportamento da parturiente, identificando qual a sua perceção perante a dor;- Implementação de técnicas não farmacológicas no controlo da dor (exercícios respiratórios, exercícios na bola suíça, uso da música, diminuição das luzes, massagem);- Incentivo à utilização de técnicas de respiração (de acordo com as fases do 1º estadio) e relaxamento de forma a manter o controlo durante as contrações;- Execução de cuidados interdependentes, relacionados com terapêutica habitualmente administrada, durante o trabalho de parto;- Colaboração na colocação de cateter epidural e administração de terapêutica, por esta via, conforme protocolo ou prescrição médica;- Identificação da ação dos fármacos utilizados, bem como os efeitos secundários mais comuns; | | |
|---|--|--|

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Avaliação da resposta materno-fetal à analgesia epidural, através da interpretação do registo cardiotocográfico e comportamento da parturiente, detetando precocemente complicações;- Promoção da alternância de decúbitos laterais, de 30 em 30 minutos, para aumentar a eficácia da analgesia;- Observação do relacionamento do casal, incentivando a presença do acompanhante de forma a minimizar a ansiedade e o medo;- Envolvimento e integração do acompanhante na equipa, incentivando a sua participação ativa em todo o processo;- Esclarecimento da parturiente e do acompanhante sobre a evolução do TP e os procedimentos a realizar ;- Detecção precoce de complicações (distócias – mecânicas e dinâmicas; hemorragia vaginal; prolapso do cordão umbilical; características anormais do LA) e chamar obstetra;- Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2º estadio do TP (Colo apagado e com dilatação completa, necessidade de fazer esforços expulsivos, aparecimento súbito de suor no lábio superior, episódio de vômito, aumento do muco vaginal, tremores das extremidades, aumento da ansiedade/nervosismo);- Realização de educação para a saúde, de acordo com as necessidades identificadas;- Solicitação de ajuda de outro profissional, sempre que a situação saia da minha área e nível de competência;- Realização de registos claros, concisos e objetivos no sistema informatizado – <i>SCLínico</i>, em suporte de papel e no partograma. | | |
|---|--|--|

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/acompanhante no 2º estadio do TP, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A; B; D (Consultar Anexo I).

Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: 3 (Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<p><u>2º Estadio do TP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação e verificação da funcionalidade do equipamento necessário para o parto e cuidados ao RN; - Adaptação da marquesa para o período expulsivo; - Abertura da trouxa, campo de parto e sutura colocando o material por ordem de utilização; - Posicionamento adequado da parturiente, tendo em conta a sua preferência e condições disponíveis; - Identificação do papel do acompanhante neste estadio, promovendo a sua colaboração; - Avaliação contínua da progressão do TP e do bem-estar materno-fetal, face à eminência do período expulsivo; - Observação da eficácia da contratilidade uterina; - Confirmação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, a fim de detetar, precocemente, eventuais distócias mecânicas; - Confirmação da estática fetal; - Identificação da condição da parturiente para realizar esforços expulsivos; - Incentivo à realização de esforços expulsivos e do controlo da respiração; - Confirmação da eficácia dos esforços expulsivos; - Promoção do relaxamento entre as contrações; - Promoção do esvaziamento vesical, se necessário através de sonda; 	<p style="text-align: center;">Enfermeiras Cooperantes</p> <p style="text-align: center;">Equipa Multidisciplinar</p> <p style="text-align: center;">Mestranda</p> <p style="text-align: center;">Grávida/Parturiente/Acompanhante</p>	<p style="text-align: center;">Realização, com colaboração, até à 5ª semana</p> <p style="text-align: center;">Realização com supervisão até à 12ª semana</p> <p style="text-align: center;">Realização, de forma autónoma, até à 20ª semana</p>

- Avaliação contínua do bem-estar fetal, mantendo uma adequada monitorização dos BCF;
- Observação de alterações da evolução do TP;
- Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este estadio e, se presentes, chamar de imediato obstetra e pediatra;
- Observação da descida da apresentação;
- Identificação da elasticidade perineal, verificando a necessidade de episiotomia;
- Realização de episiotomia (em caso de necessidade e se possível médio-lateral);
- Execução das manobras de proteção do períneo, prevenindo lacerações;
- Execução das manobras de extração fetal;
- Verificação da existência de circulares, laqueando imediatamente o cordão umbilical se apertadas;
- Determinação da hora do nascimento;

Prestação de cuidados imediatos ao RN:

- Colocação do RN envolto em pano aquecido, no abdómen materno, executando massagem no sentido do tórax para a cabeça;
 - Laqueação provisória e definitiva do cordão umbilical, incentivando o acompanhante a executar o corte do mesmo;
 - Execução de colheita de sangue do cordão para tipagem e/ou para Kit de células estaminais, consoante necessidade;
 - Determinação do índice de apgar ao 1º minuto;
 - Promoção do contacto pele a pele com a mãe.
- Identificação de desvios do padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação;
- Colaboração em partos distócicos (fórceps e ventosa);

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Observação do estado emocional e comportamento da parturiente, perante a experiência do nascimento e quando confrontada com o bebé real;- Realização de educação para a saúde, de acordo com a necessidade identificada;- Solicitação de ajuda de outro profissional, sempre que a situação saia da minha área e nível de competência;- Realização de registos claros, concisos e objetivos no sistema informatizado – <i>SCLínico</i> e em suporte de papel. | | |
|--|--|--|

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/acompanhante no 3º estadio do TP, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A; B; D (Consultar Anexo I).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: 3 (Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<p><u>3º Estadio do TP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem especializados no 3º estágio; - Esclarecimento da parturiente acerca dos procedimentos a executar, apelando à sua colaboração; - Identificação dos sinais de descolamento da placenta (contração firme do fundo uterino; útero adquire forma ovoide em detrimento da forma discoide; saída súbita de sangue no introito vaginal; aumento aparente do tamanho do cordão umbilical; aumento do volume vaginal) e o tipo de mecanismo de dequitação presente; - Aplicação de pressão no fundo uterino e tração controlada do cordão umbilical (Manobra de Brandt-Andrews); - Realização de torção da placenta, junto ao introito vaginal (Manobra de Jacob-Dublin); - Execução de movimentos circulares das membranas, durante a exteriorização da placenta, usando o seu próprio peso; - Despiste de retenção placentar se, ao fim de 30min na nulípara e 45-60min na múltipara, não ocorrer a dequitação; - Colaboração na dequitação manual interna, se retenção placentar; - Revisão placentar detalhada (diâmetro, peso, forma, inserção e tamanho do cordão umbilical, presença de duas artérias e uma veia, integridade das membranas/vilosidades/cotilédones); - Realização da revisão uterina; 	<p>Enfermeiras Cooperantes</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Mestranda</p> <p>Grávida/Parturiente/Acompanhante</p>	<p>Realização, com colaboração, até à 5ª semana</p> <p>Realização com supervisão até à 12ª semana</p> <p>Realização, de forma autónoma, até à 20ª semana</p>

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Confirmação do globo de segurança de Pinard;- Realização de massagem no fundo uterino;- Administração de ocitócicos, se necessário;- Verificação da necessidade de analgesia do períneo;- Observação do períneo, vagina e colo para identificar os tecidos a suturar eventuais lacerações;- Identificação do tipo de laceração, se for o caso;- Realização de tamponamento vaginal;- Realização da episiorrafia/perineorrafia, por planos;- Confirmação da hemostase e da fixação dos pontos;- Realização de toque retal, a fim de despistar lacerações retais;- Extração do tamponamento vaginal;- Realização da expressão uterina;- Reavaliação do globo de segurança de Pinard;- Avaliação da perda sanguínea total;- Execução de cuidados perineais;- Aplicação de gelo na região perineal, para diminuir o edema;- Realização de educação para a saúde no que concerne aos cuidados perineais e episiorrafia, atendendo sempre ao estado da parturiente após o parto (cansaço, atenção exclusiva no RN...);- Solicitação de ajuda de outro profissional, sempre que a situação saia da minha área e nível de competência;- Contabilização do material utilizado e inutilização dos desperdícios. | | |
|---|--|--|

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente/acompanhante no 4º estadio do TP, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A; B; D (Consultar Anexo I).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: 3 (Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<p>4º Estádio do TP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento da parturiente acerca dos procedimentos inerentes a esta fase, incentivando à sua colaboração; - Manutenção de ambiente calmo e seguro; - Avaliação de sinais vitais, de acordo com protocolo da instituição; - Satisfação das necessidades da parturiente, promovendo o conforto; - Administração de analgesia, se necessário; - Promoção do processo de vinculação da tríade; - Observação da relação da díade/tríade, promovendo a sua privacidade; - Esclarecimento acerca da importância do contacto pele a pele e do toque, como forma de promoção de vinculação segura; - Esclarecimento dos pais acerca das competências do RN/ respostas comportamentais; - Identificação da vontade da parturiente em amamentar ou não, respeitando a sua escolha, autodeterminação, expectativas, capacidades, crenças e valores da natureza individual; - Realização de ensinamentos relativos à amamentação (benefícios, sinais de boa pega, posições para amamentar, contributo na involução uterina); - Apoio na colocação do RN à mama, verificando os seus reflexos de sucção e deglutição; - Envolvimento do pai na amamentação, incentivando-o a apoiar a mãe e RN; 	<p>Enfermeiras Cooperantes</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Mestranda</p> <p>Grávida/Parturiente/Acompanhante</p>	<p>Realização, com colaboração, até à 5ª semana</p> <p>Realização com supervisão até à 12ª semana</p> <p>Realização, de forma autónoma, até à 20ª semana</p>

<ul style="list-style-type: none">- Realização de educação para a saúde de acordo com as dúvidas que a parturiente/acompanhante colocarem, promovendo estilos de vida saudáveis, mas atendendo sempre ao estado da parturiente após o parto (cansaço, atenção exclusiva no RN...);- Identificação da aceitação do RN, detetando precocemente desvios ao padrão normal de vinculação e de adaptação à maternidade/paternidade;- Entrega do <i>kit</i> de células estaminais, solicitando a assinatura da puérpera ou acompanhante em como foi feita a sua entrega;- Confirmação da existência de condições de segurança para a transferência da utente e RN para o internamento, após as duas horas de puerpério imediato;- Reavaliação do globo de segurança de Pinard e das perdas hemáticas;- Verificação da presença de globo vesical, incentivando a puérpera a urinar ou proceder ao esvaziamento com sonda vesical;- Realização de cuidados de higiene perineais;- Retirar cateter venoso periférico e, se presente, cateter epidural;- Transferência da puérpera e RN para o serviço de internamento;- Transmissão de toda a informação relativa à utente, RN e parto, ao enfermeiro do serviço de internamento;- Realização de registos claros, concisos e objetivos no sistema informatizado – <i>SClínico</i> e em suporte de papel, registando o parto e elaborando a notícia de nascimento.		
---	--	--

Objetivo: Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN inerentes à adaptação à vida extra-uterina.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A; B; D (Consultar Anexo I).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: 3 (Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<ul style="list-style-type: none">- Preparação, aquecimento e verificação da unidade de reanimação do RN, incluindo material de aspiração e ventilação, caso seja necessário;- Preparação da roupa do RN;- Assegurar a presença do pediatra;- Identificação dos valores, costumes, crenças espirituais e desejos de natureza individual da mãe e pai, relativamente aos cuidados ao RN;- Observação da hora exata do nascimento;- Receção do RN em panos esterilizados e aquecidos;- Prestação de cuidados imediatos, sob fonte de calor;- Colaborar com o pediatra nas manobras adaptação à vida extrauterina e na reanimação, se necessário;- Avaliação do Índice de Apgar (1º, 5º, 10º minutos de vida);- Administração de terapêutica profilática (1mg de Fitomenadiona via intramuscular no terço médio da face anterior da coxa esquerda, para prevenir a doença hemorrágica);- Observação física, neurológica e comportamental do RN, verificando a adaptação à vida extra-uterina;- Despiste de malformações externas;- Laqueação do excedente do cordão umbilical, se necessário;- Verificação da presença de duas artérias e uma veia no cordão umbilical;	<p>Enfermeiras Cooperantes</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Mestranda</p> <p>Puérpera/ RN/ Acompanhante</p>	<p>Realização, com colaboração, até à 5ª semana</p> <p>Com supervisão até 12ª semana</p> <p>De forma autónoma até à 20ª semana</p>

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Avaliação do peso do RN;- Verificação da presença de micção e dejeção;- Colocação de pulseira de identificação no membro superior direito e pulseira antirroubo no membro inferior direito, de acordo com as normas da instituição;- Vestir o RN;- Minimização dos stressores do RN;- Colocação do RN numa mantida aquecida, junto da mãe/pai, fomentando o processo de vinculação da tríade;- Apoiar no estabelecimento da amamentação e realização de respetivos ensinios;- Observação da mamada, reflexo de sucção e deglutição;- Elaboração de registos específicos, claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas, no sistema informatizado <i>SClínico</i> e BSUJ. | | |
|---|--|--|

Objetivo: Desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados, de recursos humanos e materiais, garantindo a qualidade dos cuidados.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: B; C (Consultar Anexo I).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento da metodologia de trabalho implementada no serviço;- Observação das atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro Chefe e/ou Coordenador de Turno, na gestão de recursos humanos e materiais, bem como na gestão do espaço físico dos serviços (SU e BP);- Compreensão do modo de articulação entre a equipa multidisciplinar;- Planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo e recursos.- Prestação de cuidados de enfermagem especializados respeitando as normas de qualidade definidas, fazendo a gestão/rentabilização dos recursos materiais;- Colaboração na seleção, requisição e reposição de materiais de uso clínico, medicação e equipamentos, atendendo à manutenção do stock e rentabilização de recursos;- Participação na distribuição e organização dos recursos humanos;- Promoção do exercício profissional de acordo com a ética e deontologia profissional, na equipa de enfermagem;- Aplicação dos princípios relevantes de modo a garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	Enfermeiras Cooperantes Enfermeira Chefe Mestranda	Ao longo do estágio

Objetivo: Desenvolver capacidade reflexiva, crítica e de avaliação, em contexto de ensino clínico.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A; B; D (Consultar Anexo I).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<ul style="list-style-type: none">- Realização de momentos de reflexão e discussão, com as Enfermeiras Cooperantes, acerca do desenvolvimento do estágio, situações específicas vivenciadas, de modo a modificar/melhorar algum comportamento/atitude/ação, para que possa prestar cuidados de excelência;- Realização de reuniões com as enfermeiras cooperantes e com a professora orientadora do ensino clínico, sempre que seja pertinente;- Definição de estratégias de melhoria de desempenho com as enfermeiras cooperantes e com a professora orientadora do ensino clínico, sempre que necessário;- Apresentação e discussão do projeto individual de estágio via zoom (videoconferência);- Reunião via Zoom para partilha de atividades /experiências desenvolvidas no estágio – ponto da situação do desenvolvimento do estágio;- Execução da auto-avaliação em impresso próprio.- Elaboração do relatório final do estágio.	<p style="text-align: center;">Enfermeiras Cooperantes</p> <p style="text-align: center;">Professora Orientadora Olímpia Cruz</p> <p style="text-align: center;">Mestranda</p>	<p style="text-align: center;">Ao longo do estágio</p>

Objetivo: Desenvolver um relatório de estágio acerca do Uso da Música (enquanto cuidado) no Trabalho de Parto, para submeter a discussão pública.

Competências a adquirir:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: A; B; D (Consultar Anexo I).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: 3 (Consultar Anexo II).

Atividades a desenvolver	Intervenientes	Período
<ul style="list-style-type: none">- Desenvolvimento do estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com a necessidade e a realidade do campo de estágio, assim como as motivações pessoais;- Realização de uma Scoping Review acerca das vantagens/benefícios do uso de Música no Trabalho de Parto;- Partilha dos conhecimentos obtidos em pesquisa bibliográfica e em estudos científicos, com as enfermeiras cooperantes e restante equipa de enfermagem, promovendo o desenvolvimento profissional e a qualidade dos cuidados especializados;- Averiguar quais os efeitos sentidos, pelas parturientes, decorrentes do uso de Música, no Trabalho de Parto;- Partilha de conhecimentos sobre os contributos obtidos, com as enfermeiras cooperantes e restante equipa de enfermagem;- Realização de reuniões com a professora orientadora Olímpia Cruz, a fim de estruturar o estudo para apresentação;- Apresentação do relatório em discussão pública.	Enfermeiras Cooperantes Professora Orientadora Olímpia Cruz Equipa Multidisciplinar Mestranda	Ao longo do estágio

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste **Projeto Individual de Estágio** foi deveras importante, pois este vai servir de guia orientador no alcance dos objetivos definidos, através da mobilização das atividades contempladas no plano acima exposto.

Estruturar e organizar os objetivos, referindo as competências do Enfermeiro Especialista e Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, revelou-se útil enquanto guia da prática e aprendizagem, para que conclua este Estágio com sucesso.

Volto a salientar que o Plano de Atividades possui um carácter flexível, pelo que algumas atividades poderão ser alteradas, no decorrer do Estágio, de modo a otimizar as oportunidades de aprendizagem.

Considero que o Estágio IV vai ser desafiante e enriquecedor para o meu percurso formativo e para a construção da minha identidade enquanto EESMO. Esta é uma área que me fascina, particularmente, e estou muito motivada e empenhada.

Espero atingir os objetivos propostos e que este ensino clínico contribua positivamente para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos, capacidades, competências humanas, técnicas e relacionais necessárias para me tornar Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

BIBLIOGRAFIA

- Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República n.º 85/2019, Série II* de 2019-05-03. Lisboa.
- Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II* de 2019-02-06. Lisboa.

APÊNDICE II - Poster de Divulgação de Resultados dos Artigos da “*Scoping Review*”



Uso da Música no Trabalho de Parto

Ana Filipa Rosado
Estudante do 6º CMESMO da ESSS: Enfermeira no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

IMPORTANCIA DA MÚSICA

Desde a Antiguidade, a Música é utilizada como um recurso terapêutico, podendo trazer muitos benefícios, pois além da capacidade de fazer lembrar de coisas boas, também pode aliviar a ansiedade, diminuir o medo, amenizar a dor e ainda facilitar a comunicação e a expressão de sentimentos (Gohn, 2010).

O uso da Música em Saúde, enquanto cuidado, é um método complementar que tem como finalidade atingir o bem-estar, equilíbrio, conforto e alívio da dor (Leão, 2002). Este método auxilia os Enfermeiros na criação de um ambiente terapêutico, favorável ao bem-estar das pessoas de quem cuidam, promovendo a humanização dos cuidados.

MÚSICA E O TRABALHO DE PARTO

O parto é um momento muito especial na vida da mulher, contudo acarreta preocupações e medos: medo do desconhecido, da perda de controlo, de possíveis complicações e, sobretudo, medo da dor (Lowdermilk e Perry, 2008).

O medo e a ansiedade, desencadeiam a libertação de catecolaminas, que intensificam a dor, afetando o Trabalho de Parto e consequentemente o Nascimento (Karkal, Kharde e Dhumble, 2017; Ward e Hisley, 2009).

O uso da Música, durante o Trabalho de Parto, ajuda a criar um ambiente relaxante e confortável, proporcionando acalmia, diminuição do stress e ansiedade materna, melhorando o bem-estar materno (Bergold, 2003; Martin, 2014).

Relativamente ao recém-nascido, a Música permite acalmá-lo pois estabiliza a tensão arterial, o batimento cardíaco e a respiração, melhorando a saturação periférica de oxigénio (Martin, 2014).

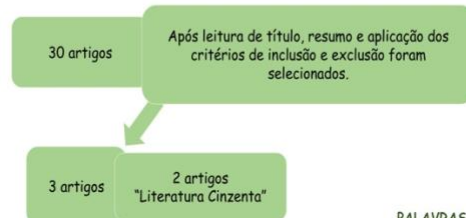
METODOLOGIA E RESULTADOS

Objetivo: Identificar as vantagens/ benefícios do uso da música, no decorrer do trabalho de parto.

Revisão Sistemática da Literatura.

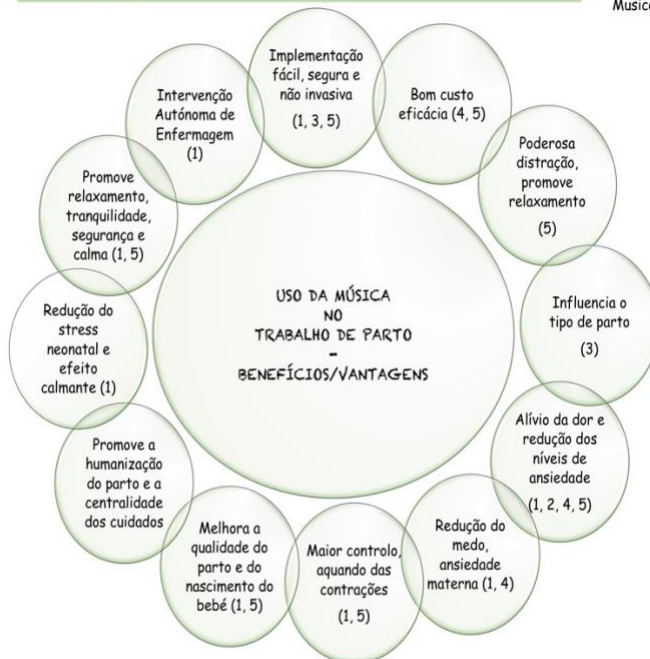
Pesquisa: Bases de dados científicas da plataforma EBSCOhost (MedicLatina; NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION; CINAHL Complete e MEDLINE Complete).

Estratégia de pesquisa: "Music Therapy" AND "Labor Pain" OR "Labor, Obstetric" AND "Obstetric Nursing".



PALAVRAS-CHAVE

Musicoterapia; Trabalho de parto; Dor no Trabalho de Parto; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.



Conclusão

O uso da Música promove o relaxamento e tranquilidade permitindo um melhor controlo/ alívio da dor, reduzindo a ansiedade e o medo maternos, tornando a experiência do Trabalho de Parto como algo positivo e satisfatório. A evidência científica mostra a sua contribuição para a melhoria do bem-estar materno-fetal.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica deve informar a parturiente acerca das medidas não farmacológicas de que dispõe, em detrimento das farmacológicas, tornando o Trabalho de Parto menos invasivo e o mais natural possível. Para isso, é fundamental que no período pré-natal se forneçam informações esclarecedoras ao casal, de modo a que estes possam escolher em consciência e, assim, melhorar a experiência do Trabalho de Parto.

O uso da Música é uma Intervenção Autônoma de Enfermagem, que contribui para a humanização e singularidade do Trabalho de Parto.

Referências Bibliográficas:

- 1) Bocanegra, B., Soia, J. e Simbaqueba, D. (2020) Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. Revista Cuidarte (2020); 11(2): e1056. Gohn, D. (2010). A disciplina tecnologia musical na UAB – UFSCAR. In: Associação Nacional de pesquisa e pós-graduação em Música. XX Congresso da ANPPOM, Florianópolis, Anais, p. 319-322.
 - 2) Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglia, L., Toscano, P., Travaglio, A., Zapparella, R., Duval, M., Zullo, F., Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. Archives of Gynecology and Obstetrics 301:693–698.
 - 3) Pasternak, Y., Miller, N., Asali, A., Yagur, Y., Weitzner, O., Nimrodi, M., Berkovitz, A.,
 - 4) John, N. e Angeline, A. (2017). Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam. International Journal of Nursing Education, 9 (2), 24-29. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00030.7>
 - 5) Karkal, E., Kharde, S. e Dhumble, H. (2017). Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor. International Journal of Nursing Education, 9 (2), 57-60.
- Bergold, L. (2003). Music for care humanization. Online Brazilian Journal of Nursing.
- Biron-Shent, T. (2019). Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study. Archives of Gynecology and Obstetrics 300:1239–1244.
- Leão, E. (2002) – Dor oncológica: a música com terapia complementar na assistência de enfermagem. Boletim Epidemiológico do Centro de Estudo e Pesquisas. São Paulo.
- Lowdermilk, D. e Perry, S. (2008). Enfermagem no Maternidade: 8ª Edição. Nova Iorque, USA: Lusodidata
- Martin, C. (2014). A narrative literature review of the therapeutic effects of music upon childbearing women and neonates. Complementary Therapies in Clinical Practice, pp. 262-267.
- Ward, S. e Hisley, S. (2009). Promoting Patient Comfort during Labor and Birth. In, Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children, and Families (pp. 399-426). Philadelphia : F.A. Davis Company

ANEXOS

ANEXO I – Protocolo de “*Scoping Review*”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

ESTÁGIO IV – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ESMO NA SALA DE PARTOS

**CUIDAR COM MÚSICA - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAUDE MATERNA E OBSTÉTRICA, NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR DA MULHER, NO TRABALHO
DE PARTO.**

Uma Scoping Review

Ana Filipa Rosado, nº 015032120

Orientadora:

Professora Mestre Olímpia Cruz

junho de 2023

Review Title

Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Reviewers

Rosado, Ana Filipa¹ 015032120@essaude.ipsantarem.pt

Cruz, Olímpia² olimpia.fonseca@essaude.ipsantarem.pt

¹ Estudante do 8º CMESMO, Escola Superior de Saúde-IPSantarém, UMIS_ESSS

² Professora ESSS – IPSantarém

Center conducting the review

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS) - ESSS

Review question/objective

Question: “Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?”.

Objective: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Key words (MesH Descriptors):

Music Therapy (MesH); Labor Pain (MesH); Labor, Obstetric (MesH); Obstetric Nursing (MesH)

Music Therapy - The use of music as an adjunctive therapy in the treatment of neurological, mental, or behavioral disorders.

Labor Pain - Pain associated with OBSTETRIC LABOR in CHILDBIRTH. It is caused primarily by UTERINE CONTRACTION as well as pressure on the CERVIX; BLADDER and the GASTROINTESTINAL TRACT. Labor pain mostly occurs in the ABDOMEN; the GROIN; and the BACK.

Labor, Obstetric - The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix. Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED).

Obstetric Nursing - A nursing specialty involving nursing care given to the pregnant patient before, after, or during childbirth.

Background

O parto é um momento muito especial na vida de uma mulher. Este, é um evento fisiológico e social envolto de percepções, sensações, sentimentos, temores e emoções (Fujita et al., 2015). Sendo um dos acontecimentos mais marcantes na vida de uma mulher/ casal e, embora seja um acontecimento psicologicamente aceite como natural para a grávida, é também socialmente associado a dor e desconforto, gerando medo e ansiedade à medida que a gravidez avança (Fujita et al., 2015; Pedro & Oliveira, 2016).

O TP consiste na duração de um processo fisiológico cujo feto, membranas amnióticas, líquido amniótico, placenta e cordão umbilical são expulsos da cavidade uterina, através do canal vaginal para o mundo exterior. Este é caracterizado por contrações uterinas regulares que conduzem ao apagamento e dilatação do colo uterino, levando à progressão do feto pelo canal de parto até à sua expulsão (Fatia & Tinoco, 2016). Este processo encontra-se dividido em 4 estádios: o primeiro estágio – apagamento ou extinção e dilatação do colo - compreende a fase latente (dilatação cervical até 4 cm) e a fase ativa (dilatação cervical entre 4 a 10 cm); o segundo estágio ou período expulsivo tem início aquando a dilatação cervical está completa e termina com a expulsão fetal; o terceiro estágio corresponde à dequitação, cujo início ocorre logo após a expulsão fetal e termina com a saída da placenta e membranas fetais; o quarto estágio corresponde ao puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016).

De acordo com Lowdermilk (2008), cinco fatores essenciais influenciam o TP, sendo eles: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mulher e as reações psicológicas.

A dor no trabalho de parto emerge como produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais (OE, 2010). Esta consiste numa sensação desagradável, habitualmente, localizada na região dorsal e abdómen, causada por diversos fatores, mas sobretudo pela contração uterina, adaptação do corpo à progressão do bebé pela bacia e canal vaginal. É descrita pela maioria das mulheres, como a dor mais intensa, alguma vez vivenciada (Ward & Hisley, 2009; Gayeski & Brüggemann, 2010). Esta, ao ser intensa e persistente, provoca

respostas neuroendócrinas, metabólicas e inflamatórias prejudiciais ao bem-estar materno-fetal, surgindo daí a necessidade da sua gestão (OE, 2010).

De acordo com a OE (2015), cabe ao EESMO ter conhecimento profundo acerca da fisiologia da dor do trabalho de parto, devendo dissociá-la do conceito cultural de “dor que precisa de tratamento”. É importante que o EESMO reconheça que, durante o TP, todas as mulheres vão experimentar algum nível de dor (fisiológica), devendo saber mobilizar todos os recursos fisiológicos da mulher para a gerir. A dor do TP tem um propósito e deve ser encarada como positiva, devendo a mulher confiar no seu corpo e na sua capacidade inata para parir.

A gestão da dor, durante o TP, deve ser centrada na mulher e nas suas necessidades, e não orientada medicamente. A Organização Mundial da Saúde salienta que o parto deve ser visto como um evento natural, não necessitando de controlo, mas sim de cuidados, e que o profissional de saúde somente deve intervir quando necessário, contribuindo assim para uma experiência de parto positiva. No entanto, o intervencionismo ainda se encontra muito presente, justificado pela necessidade de melhorar os desfechos maternos e neonatais, através da prevenção de risco. Esta abordagem intervencionista, mesmo aquando da ausência de indicações claras para o efeito, tem resultado na diminuição da capacidade das mulheres para parir de forma natural, afetando negativamente a experiência do nascimento (OMS, 2018).

Em 2018, a OMS elaborou um conjunto de novas recomendações de forma a garantir uma experiência de parto positiva (*“WHO recommendations- Intrapartum care for a positive childbirth experience”*). As recomendações são apresentadas de acordo com o contexto de cuidados para o qual são relevantes, nomeadamente, cuidados gerais durante o TP e parto; cuidados durante a primeira, segunda e terceira fases do TP; cuidados imediatos ao RN; e os cuidados imediatos à mulher, após o nascimento. Têm como objetivo: estabelecer padrões de atendimento globais para grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no TP de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos efetivos de complicações (OMS, 2018). Estas novas recomendações destacam a importância do cuidado holístico, centrado na mulher e nas suas reais necessidades, de modo a otimizar a experiência do TP e parto, quer para as mulheres/ RNs/ pessoa significativa, tendo por base os direitos humanos. Visam, ainda, a humanização dos cuidados, respeito pela fisiologia do parto, com consequente diminuição do intervencionismo; promoção da autonomia, do respeito e do empoderamento da mulher, durante o TP e parto (OMS, 2018).

Segundo Katzer (2016), a utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor garante, à mulher, uma maior autonomia no decorrer do trabalho de parto, diminuindo a sensação de dor, tensão e *stress*, tornando este processo o mais fisiológico possível. O uso da música, como cuidado, encontra-se inserido nos métodos não farmacológicos.

A música é uma das mais antigas artes da história da humanidade, e já na Grécia antiga se interligava com a Medicina pois Apolo era, simultaneamente, Deus da Medicina e da Música (Junior et al., 2012). Na Enfermagem, a primeira referência sobre a utilização da música como cuidado, e em prol da humanização dos cuidados de saúde, surgiu em 1859, com Florence Nightingale. Já no século XX, a Enfermeira Isa Maud Ilsen e a Enfermeira Harriet Ayer Seymour utilizavam-na nos cuidados aos feridos da I e II guerras mundiais (Leão & Silva, 2004).

Desde a Antiguidade, a música é utilizada como um recurso terapêutico, podendo trazer muitos benefícios, tais como o consolo, conforto, fazer lembrar coisas boas, aliviar a ansiedade ou stress, diminuir o medo, amenizar a dor, facilitar a comunicação e a expressão de sentimentos e, ainda, aumentar a autoestima (Bruscia 1998; Gohn, 2010). Responsável por manter a harmonia entre o corpo e mente, em 1998, o uso da música passa a ser considerado como um método terapêutico alternativo (Ferreira, 2016).

Importa, então, fazer a distinção entre musicoterapia e o uso da música, como cuidado. A musicoterapia é desenvolvida por um terapeuta, com formação e treino específicos, que o habilita a fazer uso da música na prática clínica, com o intuito de atingir um determinado fim/ objetivo. Já o termo uso da música como cuidado (na área da saúde/ medicina) é bem mais amplo, consiste numa prática com fins terapêuticos que pode ser desenvolvida por qualquer profissional de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, etc...), não necessitando o mesmo de treino específico (Yinger & Gooding, 2015).

De acordo com Martin (2014) e Ferreira (2016), o uso da música como cuidado ou intervenção terapêutica vai contribuir para a redução de emoções negativas, diminuição dos níveis de stress e ansiedade maternos e contribuir para o alcance de um elevado nível de relaxamento e tranquilidade que vão contribuir para o bem-estar materno. Ferreira (2016) acrescenta que o uso da música é, ainda, responsável por alterar o humor para o positivo, estimular a imaginação e as respostas ao nível do tálamo, onde os sentimentos e as emoções são transmitidos para o hemisfério cerebral direito. Além disso, acredita-se que a música influencia a rede cerebral que determina a experiência emocional através do sistema límbico, ajudando na libertação de endorfinas pela glândula pituitária, diminuindo assim a concentração de corticotrofina, fator que vai influenciar os níveis de pressão arterial e o ritmo respiratório. A mesma autora acrescenta que, o efeito produzido pelas ondas sonoras dos temas selecionados induz a um estado de concentração ou apela à ternura e ao romance.

O uso da música, enquanto cuidado, deve ter em conta os seguintes fatores: tempo, ritmo, melodia, frequência, amplitude e volume sonoro (Augé, 2009). Ferreira (2016) acrescenta que o ritmo e a melodia certos vão influenciar o compasso respiratório (60-80 bpm), servindo como complemento às técnicas respiratórias e estimulando uma resposta de relaxamento que facilita o

equilíbrio emocional. Por estas razões, a música constitui elemento fulcral da terapia ambiental, encerrando um círculo de conforto e bem-estar.

No que concerne à dor no TP, a música torna-se numa ferramenta poderosa pois vai causar distração, afastando a atenção das mulheres da dor, promovendo o relaxamento, conforto, sensação de bem-estar psicológico, tranquilidade e segurança (Bergold & Sobral, 2003). Algumas mulheres referem que a música aumenta a sua capacidade em se manter focadas durante as contrações, com um maior controlo sobre a sua respiração contribuindo, assim, para que tenham uma boa perceção do seu parto (Simkin & Bolding, 2004; Ward & Hisley, 2009).

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. Para além disso, atua estabilizando a tensão arterial, o batimento cardíaco, a respiração e a saturação periférica de oxigénio (Martin, 2014).

O EESMO, como sendo o profissional de saúde responsável por acompanhar a gravidez e todo o trabalho de parto, tem aqui um papel fundamental devendo optar por um acompanhamento o menos invasivo possível e com base no respeito pelos direitos da utente, indo ao encontro do preconizado no Regulamento de Competências do EESMO.

Inclusion criteria

De acordo com o mais recente manual do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), os critérios de inclusão devem ser claros e inequívocos, por forma a dar uma resposta adequada à questão de revisão e ao objetivo definido. Estes critérios devem designar a **População**, os **Conceitos** e o **Contexto** (PCC - *participants, concept e context*), a que os estudos se devem relacionar, permitindo assim a sua inclusão na revisão.

Types of participants: EESMO ou Parturiente

Concept: Música; Dor no trabalho de parto; Trabalho de parto; EESMO

Context: Bloco de Partos

Types of studies: Todos os tipos de estudos

Search strategy

A primeira pesquisa foi realizada em Abril de 2021, na plataforma *online*: **EBSCOhost (Elton Bryson Stephens Company Host)**, selecionando as bases de dados **MedicLatina; NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION; CINAHL Complete** e **MEDLINE Complete**. No Quadro nº 1, estão apresentadas as bases de dados utilizadas e os limitadores selecionados para cada uma delas.

Quadro n.º 1 - Bases de dados utilizadas e respetivos limitadores de pesquisa

Base de dados	Limitadores específicos	Limitadores genéricos
MedicLatina	- Texto completo em PDF	- Booleano/ Frase - Pesquisar também no texto integral dos artigos - Aplicar palavras relacionadas - Texto integral - Data de Publicação: Janeiro de 2016 – Março de 2021. Data de Publicação: Janeiro de 2019 – Setembro de 2023 (friso considerado)
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	- Texto completo em PDF	
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	- Resumo disponível - Prática baseada em evidência - Qualquer autor é enfermeira - Humano - Gravidez - Texto completo em PDF	
MEDLINE Complete	- Resumo disponível - Humano	

Inicialmente, pesquisou-se de forma individual cada um dos descritores *MeSH*, na base de dados, recorrendo aos limitadores de pesquisa apresentados no quadro nº 1. Seguidamente, cruzaram-se os descritores, relacionando-os através dos operadores booleanos “**AND**” e “**OR**”, obtendo-se a seguinte expressão de pesquisa: “Music therapy **AND** (Labor pain **OR** Labor, Obstetric) **AND** Obstetric nursing”, cujos resultados se encontram evidenciados no **Appendix II: Appraisal instruments**.

Em junho de 2022 foi repetida pesquisa para mapear a evidência científica mais recente, mantendo os mesmos descritores e limitadores (exceto friso cronológico – janeiro 2017 – junho 2022). Em setembro de 2023, foi realizada nova pesquisa, com o mesmo intuito. Foram usados os mesmos descritores e limitadores (excetuando o friso cronológico – janeiro 2019 – setembro 2023).

Study Selection

Na pesquisa realizada em Abril de 2021, foram identificados 31 artigos, na etapa *Identification* do prisma. Posteriormente, após leitura do título e do *abstract (screening)* foram excluídos 27, pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão, uma vez que não abordavam os conceitos definidos e não davam contributos para a questão e objetivo definidos. Após *screening*, procedeu-se à leitura completa dos 4 artigos finais (*eligibility*), sendo estes os que mais contributos traziam à questão, ao objetivo e aos critérios de inclusão. Foram, ainda, incluídos 2 artigos de literatura cinzenta, uma vez que a sua integração conduz à aquisição de conhecimento importante e apropriado sobre o tema.

Em junho de 2022, foi repetida pesquisa de modo a mapear a evidência científica mais recente. Recorreu-se ao PRISMA 2020 *Flow Diagram* e, na etapa *Identification*, foram identificados 39 artigos. Na etapa de *Screening*, foi realizada uma análise ao título e resumo de cada artigo, fazendo uma avaliação em função dos critérios de inclusão definidos. Foram excluídos 33 artigos, permanecendo 6 artigos para análise *full-text* e avaliação da qualidade metodológica. Na última

etapa, *Included*, foram incluídos os 6 artigos + 2 artigos de literatura cinzenta. Em suma, dos 8 artigos selecionados, apenas 2 artigos não faziam parte da lista inicial de artigos selecionados. Estes, surgiram aquando da alteração do friso cronológico.

Em setembro de 2023, foi realizado novo ajuste cronológico, tendo sido identificados 40 artigos, na etapa *Identification* do PRISMA. Na etapa de *Screening*, foi realizada uma análise ao título e resumo de cada artigo, fazendo uma avaliação em função dos critérios de inclusão definidos. Foram excluídos 31 artigos, permanecendo 9 artigos para análise *full-text* e avaliação da qualidade metodológica. Na etapa, *Included*, permaneceram os 9 artigos + 2 artigos de literatura cinzenta.

Em suma, dos 11 artigos selecionados, 3 artigos não faziam parte da lista inicial de artigos selecionados. Estes, surgiram aquando da nova alteração do friso cronológico.

Quadro nº 2 - Artigos selecionados

Estudo nº	Autor	Título do artigo
1	Bocanegra et al. (2020)	“Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa”
2	Buglione et al. (2020)	“Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial.”
3	Pasternak et al. (2019)	“Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study”
4	Amanak (2020)	“The Effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey.”
5	John & Angeline (2017)	“Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam.” (artigo proveniente de literatura cinzenta)
6	Karkal, Kharde & Dhumale (2017)	“Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor.” (artigo proveniente de literatura cinzenta)
7	Perković et al. (2021)	“Relationship between Education of Pregnant Women and Listening to Classical Music with the Experience of Pain in Childbirth and the Occurrence of Psychological Symptoms in Puerperium.”
8	Hepp et al. (2021)	“Use of music during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey.”
9	Gautam et al. (2023)	“Effect of Music Therapy on Intensity of Labor Pain among Primigravid Mothers admitted in a Tertiary Level Hospital.”
10	Morimoto et al. (2019)	“A Musicoterapia na redução do estresse de pais de bebês pré-termos: revisão integrativa.”
11	Guzewicz & Sierakowska (2022)	“The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study.”

No Appendix III encontra-se o **PRISMA 2020 Flow Diagram**, onde está esquematizado o processo de seleção dos estudos incluídos na *Scoping Review*.

Data collection

Para a colheita de dados, foi utilizado o **Data extraction instrument - Appendix IV**, submetendo cada artigo a 9 itens que constituem esse instrumento de extração de dados, sendo elas: autores, ano de publicação, país de origem, objetivos do artigo, metodologia/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência e o contributo para a questão de revisão.

A utilização deste instrumento de extração de dados vai permitir, essencialmente, validar a qualidade dos dados provenientes das fontes recolhidas.

Data synthesis

Segue-se a análise dos artigos selecionados, interrelacionando-os e realizando a respetiva discussão, de modo a evidenciar os contributos para a questão de revisão: “Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?” dando resposta ao objetivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

A gravidez e o parto são experiências transcendentais, importantes, marcantes na vida de uma mulher e a forma como são vivenciadas, acompanhará a mulher e a sua família para o resto da vida. O parto é um evento único, que envolve atividade física e uma grande carga emocional, sendo por isso necessário um ambiente de respeito, que permita que a mulher seja protagonista da sua maternidade (Bocanegra et al., 2020). No entanto, nos dias de hoje, ainda são oferecidas poucas alternativas à mulher, no que concerne às condutas terapêuticas a seguir, nas instituições de saúde. Ainda se opta muito por medicalizar, retirando a autonomia da mulher e impossibilitando-a de realizar ações que iriam contribuir para o seu bem-estar. Por este motivo, é imperativo a passagem de um processo puramente medicalizado para um cuidado mais individualizado, holístico e humanizado (OMS, 2018; Bocanegra et al., 2020).

É, neste sentido, que tomam particular destaque as estratégias não farmacológicas.

Na atualidade, a gravidez e o parto exigem, não só, os tratamentos de rotina ministrados nas instituições de saúde, mas também é necessário aplicar estratégias que permitam uma vivência tranquila, garantindo uma melhor experiência da gravidez e do parto (OMS, 2018; Bocanegra et al., 2020). Assim, oferecer estratégias complementares/ não farmacológicas, durante a gravidez e o trabalho de parto, favorece o cuidado holístico e possibilita maior bem-estar à mulher e à sua família. De acordo com os mesmos autores, o uso de estratégias não farmacológicas surge como uma valiosa oportunidade que os profissionais de enfermagem que cuidam da grávida/ parturiente (EESMO) possuem para poder fugir ao rotineiro e biomédico, cuidando de forma holística,

humanizada, priorizando o bem-estar do binómio mãe-filho. Estas estratégias são utilizadas desde a antiguidade e são definidas como aquelas que, em conjunto com a medicina convencional, melhor favorecem a interação entre o sujeito cuidado e o profissional de saúde, com a finalidade de garantir o seu bem-estar, tendo em conta o ser humano como um todo (e onde a mente, corpo e energia determinam muitos processos de saúde-doença).

O uso da música surge, então, como uma estratégia não farmacológica que contribui para uma melhor experiência do trabalho de parto. Segundo Hepp et al. (2021), o uso de música, no trabalho de parto, tem influência benéfica quer nas parturientes, quer nos profissionais de saúde, independentemente do tipo de parto. Esta estratégia não farmacológica tem um impacto positivo em termos de comunicação e de humor, entre as equipas de saúde e as parturientes.

De acordo com Bergold e Sobral (2003) e Karkal et al. (2017), a música possui uma capacidade poderosa de causar distração, desviando a atenção das mulheres da dor e promovendo o relaxamento. Hepp et al. (2021) reforçam esta afirmação, referindo que a música tem um efeito calmante e de focalização, para além de influenciar, positivamente, vários aspetos do trabalho de parto, tais como a ansiedade, a dor, o *stress* e a satisfação maternas, independentemente do tipo de parto (Simkin e Bolding, 2004; Ward e Hisley, 2009; Hepp et al., 2021).

A música pode ser aplicada de forma isolada ou em associação com outros métodos não farmacológicos ou farmacológicos. Muitas vezes, é usada em associação com exercícios respiratórios, de relaxamento e meditação, ou com métodos farmacológicos, oferecendo uma ajuda adicional à mulher em trabalho de parto. Segundo Karkal et al. (2017), a maioria dos exercícios de relaxamento usa um estímulo “como gatilho” para obter a resposta de relaxamento aprendida, sendo que a música demonstrou ter um excelente potencial como indutor do relaxamento.

O uso da música no trabalho de parto, consiste numa estratégia de carácter simples, fácil e inofensiva de administrar, pelo que pode e deve ser oferecido a todas as parturientes (Pasternak et al., 2019). Karkal et al. (2017), acrescenta que este é um método não farmacológico eficaz, não invasivo e de baixo custo. John e Angeline (2017) corroboram esta afirmação e acrescentam que esta ajuda a reduzir a ansiedade e a dor, durante a fase latente do primeiro estadio do TP. Os mesmos autores defendem que a música pode ser usada para promover o relaxamento, nos estadios iniciais do trabalho de parto e, funcionar como estimulante para promover o movimento, nos estadios posteriores, quando o esforço físico é necessário para suportar o processo.

Devido aos seus efeitos, relativamente ao alívio da dor e da ansiedade, a música tornou-se numa ferramenta alternativa, muito útil, convertendo o parto numa experiência agradável (Bocanegra et al., 2020; Buglione et al., 2020; Karkal et al., 2017; Amanak, 2020).

Buglione et al. (2020) e Karkal et al. (2017), partilham da opinião que esta é uma estratégia não farmacológica que deve ser usada por primigestas em trabalho de parto, por todos os efeitos acima referidos, contribuindo para um maior bem-estar da parturiente e potenciando a sua capacidade para enfrentar o trabalho de parto. Pasternak et al. (2019) acrescenta que ouvir música, durante o trabalho de parto, aumenta a probabilidade de primíparas terem um parto vaginal, independentemente dos seus níveis de stress.

No decorrer da realização desta *scoping review*, grande parte da evidência científica referia que o EESMO deveria ter em conta o gosto musical da grávida/ parturiente, ao fazer a seleção da playlist para uso. No entanto, um dos artigos selecionados para esta *scoping review* falava de um tipo de som produzido por um instrumento musical em específico, o som produzido pela Flauta de Junco. Amanak (2020), refere que os efeitos da música produzida pela Flauta de Junco têm impacto positivo na realização do exame vaginal, duração do trabalho de parto e, ainda, na redução da ansiedade e dor, garantindo que o trabalho de parto seja uma experiência satisfatória para a mulher. Por esse motivo, há que considerar o seu uso.

Segundo Bocanegra et al. (2020), a evidência científica tem vindo a mostrar benefícios, tanto para a mãe quanto para o feto, relativamente ao uso da música. Este cuidado alternativo melhora a qualidade da gravidez e do trabalho de parto, reduzindo o nível de ansiedade materna e o *stress* neonatal. Favorece, ainda, a redução da dor sofrida pela mãe, durante as contrações do trabalho de parto, ao mesmo tempo que o feto é invadido por sensações de bem-estar, devido à estimulação do seu sistema nervoso autónomo. O uso da música, durante o parto, provoca sensações agradáveis de tranquilidade, segurança e calma na mulher, com consequente alívio da ansiedade, dor e controle das contrações, além do efeito calmante no RN, que se estende aos primeiros dias de vida.

O reconhecimento da utilidade de métodos não farmacológicos como o uso da música, pelos profissionais de enfermagem, para além de garantir uma melhoria no atendimento ao binómio, garante a melhoria dos indicadores de bem-estar materno fetal (Bocanegra et al., 2020). Tabarro et al. (2010), Martin (2014) e Campos (2015) são da mesma opinião no que concerne aos benefícios do uso da música como cuidado e sua repercussão no RN.

De acordo com Bocanegra et al. (2020), o uso da música faz parte dos métodos complementares que não requer aquisição de competências especializadas ou treino, no entanto, é necessário que os enfermeiros reconheçam o seu valor, sendo para isso pertinente que as escolas de enfermagem reforcem a formação dos seus profissionais nestas áreas, aquando das especializações ou mestrados. Hepp et al. (2021) acrescenta que tendo em conta as vantagens do uso da música, quer para parturientes quer para profissionais de saúde, urge divulgar evidência científica atual, no sentido de superar alguma relutância, ainda, existente quanto ao uso da música

no trabalho de parto e lutar para que a instalação dos meios necessários para difusão musical seja uma realidade, em todas as salas de parto e blocos cirúrgicos.

Segundo Perković et al. (2021), a educação baseada em evidência científica pode moldar a atitude das mulheres e fortalecer a sua autoconfiança, contribuindo assim para uma experiência de parto e maternidade positivas, bem como para a sua saúde mental, o que constitui um benefício inestimável para o indivíduo, família, sistema de saúde e sociedade como um todo. Ou seja, a educação para a saúde em obstetrícia e a audição de música clássica no trabalho de parto têm um impacto positivo, na percepção da dor das contrações e na saúde mental da mulher no puerpério. Os níveis de intensidade de dor no trabalho de parto, são menores e a incidência de sintomas psicológicos nas dimensões de sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide são menores em mulheres mais esclarecidas e submetidas a uma intervenção musical clássica. Os mesmos autores acrescentam que o uso da música constitui um método não farmacológico de simples execução, com impacto significativo nos resultados do parto e puerpério, contribuindo para uma assistência obstétrica de qualidade.

Considerações finais

A realização desta *scoping review*, foi deveras importante pois a partir da utilização desta metodologia obteve-se a mais recente evidência científica, de forma a manter a prática de cuidados o mais atual possível. Uma *scoping review*, sendo uma mais-valia para a enfermagem, é um recurso que permite desenvolver a prática baseada na evidência, bem como a investigação e gestão dos cuidados a prestar à comunidade.

Numa era em que, cada vez mais, se fala em parto humanizado e experiência de parto positiva, os métodos não farmacológicos ganham particular destaque pois vão contribuir para uma assistência profissional que respeite as reais necessidades da mulher, onde a autonomia, o conforto e o bem-estar da parturiente são a palavra de ordem. A desmedicalização do trabalho de parto constitui um desafio a alcançar e dependerá da atitude/ postura dos profissionais de saúde que acompanhem o trabalho de parto.

Sendo o uso da música no trabalho de parto, um método não farmacológico com vantagens/ benefícios quer para a parturiente/ RN/ família e inclusive para a equipa de saúde, torna-se imperativo que os EESMOs incentivem ao uso desta estratégia. Existem, no entanto, algumas barreiras na aplicação desta estratégia, pelo que será importante o EESMO ser proativo, tornando-se num agente de mudança com vista à melhoria dos cuidados, baseados na evidência científica mais atual.

Conflicts of interest

A autora declara não existirem quaisquer conflitos de interesse.

Acknowledgements

À professora orientadora deste trabalho, por todas as aprendizagens proporcionadas, disponibilidade e envolvimento na formação da estudante.

References

- Amanak, K. (2020). The effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 70, (11).
- Augé, P. (2009). Guía didáctica: Musicoterapia, Relajación com música. In E. S. Madrona, *Terapias Naturales: Intervenciones autonomas de enfermería* (pp. 100-115). Barcelona: Obra Social Fundacion "La Caixa".
- Bergold, L., Sobral, V. (2003). Music for care humanization. *Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN)* – ISSN 1676-4285
- Bocanegra, B., Sosa, J. e Simbaqueba, D. (2020) Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. *Revista Cuidarte* (2020); 11(2): e1056. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1056>
- Bruscia. (1998). *Defining music therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglio, L., Toscano, P., Travaglino A., Zapparella, R., Duval, M., Zullo, F., Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 301:693–698. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>
- Campos. M. (2015). Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. *Metas Enfermería* 18(8):56-61.
- Fatia, A. e Tinoco, L. (2016). *Trabalho de Parto*. In Néné, M., Marques, R. e Batista, M. (Coord), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, (pp.308-320). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

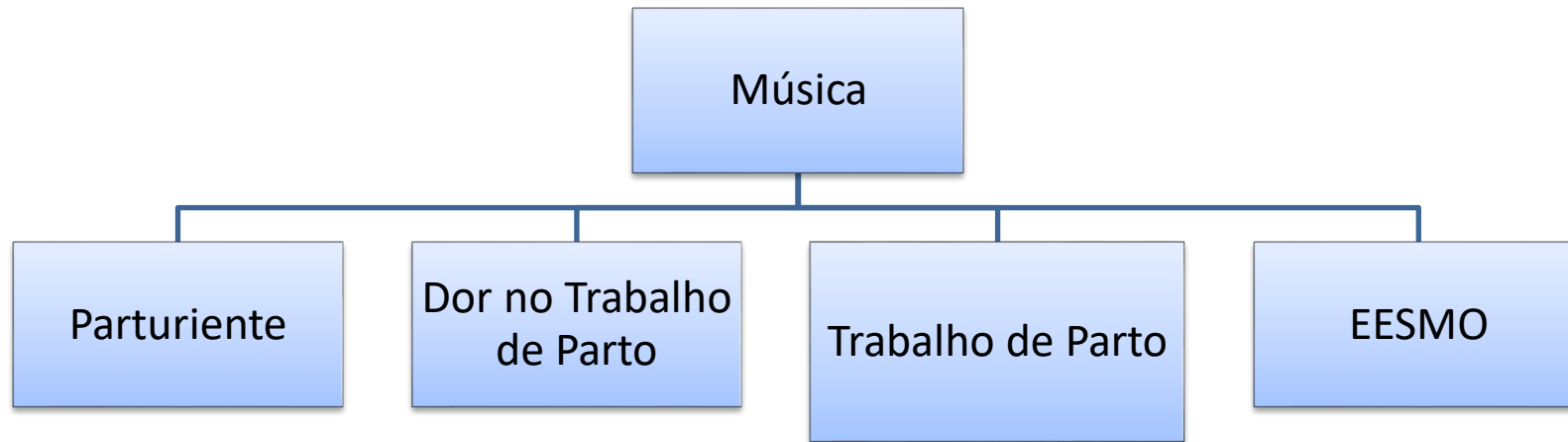
- Ferreira, S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor. In Néné, M., Marques, R. e Batista, M. (Coord), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, (pp. 416-423). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fujita, J., Nascimento, P., Shimo, A. (2015) O uso da música na parturição: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 72, p. 23-28.
- Gayeski, M. & Brüggemann, O. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, 19 (4), p.774-782.
- Gohn, D. (2010). A disciplina tecnologia musical na UAB – UFSCAR. In: Associação Nacional de pesquisa e pós-graduação em Música. XX Congresso da ANPPOM, Florianópolis, Anais, p. 319-322.
- Hepp,P., Fleisch, M., Hasselbach, K., Fehm, T. e Schaal, N. (2021) Use of **music** during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304 (2), pp. 355-363. <http://doi.org/10.1007/s00404-020-05958-9>
- John, N. e Angeline, A. (2017). Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam. *International Journal of Nursing Education*, 9 (2), 24-29. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00030.7>
- Junior, F., Ferraz, D., Cunha, E., Santos, I., Batista, M. (2012). Influência da música na dor e na ansiedade decorrentes de cirurgia com pacientes com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58 (2), p. 135-141. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n2.611>
- Karkal, E., Kharde, S. e Dhumale, H. (2017). Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor. *International Journal of Nursing Education*, 9 (2), 57-60. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00036.8>
- Katzer, T. (2016) *Métodos não farmacológicos para o alívio da dor: Percepções da equipe multiprofissional no trabalho de parto e parto*. Santa Cruz do Sul.
- Leão, E. e Silva, M. (2004). Música e dor crônica musculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), 235-241.

- Lowdermilk, D. (2008). Avaliação do Feto durante o Trabalho de Parto. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (389-413). Loures: Lusodidacta.
- Martin, C. (2014). A narrative literature review of the therapeutic effects of music upon childbearing women and neonates. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, pp. 262-267.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada*. Lisboa, Portugal: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (s.d.) Projeto da MCEESMO – Maternidade com qualidade.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso - Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ parteiras. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in Normal Birth: a Practical guide*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde (2018). *WHO: Recommendations intrapartum care for positive childbirth experience*.
- Pasternak, Y., Miller, N., Asali, A., Yagur, Y., Weitzner, O., Nimrodi, M., Berkovitz, A., Biron-Shent, T. (2019). Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 300:1239–1244. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05310-w>
- Pedro, L. e Oliveira, S. (2016). *A Dor no Trabalho de Parto*. In Néné, M., Marques, R. e Batista, M. (Coord), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, (pp.411-412). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Perković, R., Dević, K., Hrkać, A., Šaravanja, N., Tomić, V., Krišto, B., Dukić, H. & Vasilj, V. (2021) Relationship between Education of Pregnant Women and Listening to Classical Music with the Experience of Pain in Childbirth and the Occurrence of Psychological Symptoms in Puerperium. *Medicina Academica Mostariensia*, vol.9, nº2, pp 260-270.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In: E. Aromataris, Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp.406-449). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Simkin, P., Bolding, A. (2004) Update on Nonpharmacological Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 489-504.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>
- Tabarro, C.; Campos, L.; Galli, N; Novo, N.; Pereira, V. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e recém-nascido. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44(2), 445-452.
- Ward, S., Hisley, S. (2009). Promoting Patient Comfort during Labor and Birth. In, *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children, and Families* (pp. 399-426). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Yinger, S. e Gooding, F. (2015) A Systematic Review of Music-Based Interventions for Procedural Support. *Journal of Music Therapy*. 52 (1), 1-77. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/jmt/thv004>
- Gautam, S., Chalise, G., Bharati, M. & Shrestha, S. (2023). Effect of Music Therapy on Intensity of Labor Pain among Primigravid Mothers admitted in a Tertiary Level Hospital. *Journal of Nepal Health Research Council*, 21 (1), p. 92-98.
- Morimoto, K., Lago, M. & Zani, A. (2019). A Musicoterapia na redução do estresse de pais de bebês pré-termos: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 28 (1), p.96-100.
- Guzewicz, P. & Sierakowska, M. (2022). The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional. *International Journal of Environmental Research & Public Health Study*, 19, ID 15824, p. 1-16.

Appendixes

Appendix I: Initial Search Strategy

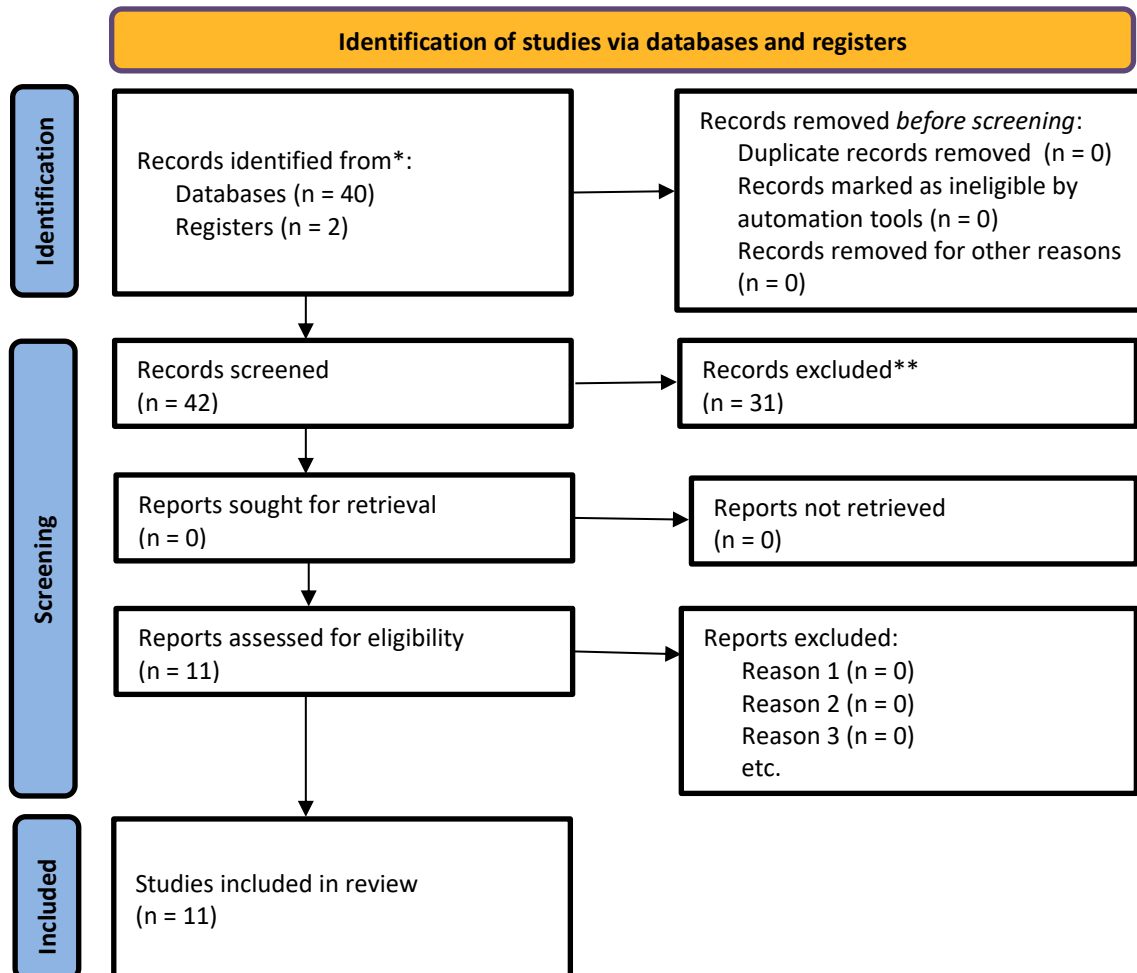


Appendix II: Appraisal instruments

Descritores	EBSCOhost				Total
	MEDLINE Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Medic Latina	CINAHL Complete	
1 - Music therapy	1170	236	46	0	1452
2 - Labor pain	504	57	30	1	592
3 - Labor, Obstetric	404	68	38	0	510
4 - Obstetric Nursing	80	16	27	6	129
1 AND 2	16	0	3	0	19
1 AND 3	6	1	1	0	8
1 AND 4	0	0	0	0	0
2 AND 3	74	7	4	0	85
2 AND 4	7	2	2	0	11
3 AND 4	5	3	4	0	12
1 AND 2 OR 3	414	68	41	0	523
2 OR 3 AND 4	504	57	30	1	592
1 OR 2 AND 3 AND 4	1173	238	48	0	1459
1 AND (2 OR 3) AND 4 Pesquisa realizada em abril de 2021	21	3	7	0	31
1 AND (2 OR 3) AND 4 Repetida pesquisa em junho de 2022	32	2	5	0	39
1 AND (2 OR 3) AND 4 Repetida pesquisa em setembro de 2023	34	2	4	0	40

Appendix III: Prisma Flow Diagram

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



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/register).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

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

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Appendix IV: Data extraction instrument

Artigo n.º 1 – “Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspectiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Brigitte M Prieto Bocanegra, Johana Carolina Gil Sosa, Diana Carolina Madrid Simbaqueba.

Bocanegra, B., Sosa, J. e Simbaqueba, D. (2020) Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. Revista Cuidarte (2020); 11(2): e1056.

DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1056>

Ano da Publicação: 2020

País de origem: Colombia

Objetivos: // aims, goals, objectives:

Descrever as diferentes terapias complementares que podem ser aplicadas de forma eficaz e segura em mulheres grávidas, contribuindo para um maior bem-estar no decorrer da gravidez e trabalho de parto.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

Revisão integrativa da literatura realizada durante o segundo semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019 em diferentes bases de dados: ScienceDirect, Medline, SciELO, Scopus e Ovid em inglês, português e espanhol. Baseando-se na metodologia proposta por Robin Wittemore. Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa relacionada com terapias alternativas e complementares, com os seguintes critérios de busca: maternidade uma abordagem alternativa,

maternidade humanizada, controlo da dor no parto, terapias alternativas ou complementares, conforto durante o parto, técnicas não farmacológicas durante o trabalho de parto. Neste estudo, foram incluídos trabalhos de abordagem quantitativa e qualitativa.

Uma vez realizada esta primeira revisão, foi definida uma questão/problema, segundo a metodologia PICOT:

P: Mulheres grávidas e em trabalho de parto;

I: Terapias complementares;

C: Segurança e eficácia no processo de gestação e parto;

O: Bem-estar para o binómio mãe-filho;

T: 2009-2019.

Na segunda fase, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados supracitadas, com base nos critérios de seleção, guiados pela questão PICOT. Da pesquisa efetuada surgiram 1006 artigos relacionados com a temática, mas apenas 28 artigos cumpriam os critérios de inclusão, no que concerne a terapias seguras e eficazes, durante o período de gestação e trabalho de parto. Foram incluídos estudos quasi- experimentais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas e excluídos artigos sobre terapias que exigiam treino e pessoal qualificado, artigos duplicados e fora do friso cronológico estabelecido.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

-Terapias complementares seguras que demonstram eficácia na diminuição da dor, no decorrer do trabalho de parto: a Massagem Terapêutica (massoterapia), a Hidroterapia e Termoterapia, a Liberdade de Movimento, o Uso de Bola Suíça durante o TP, a Visualização Energética e a Musicoterapia.

-As terapias complementares podem ser utilizadas de forma isolada ou em simultâneo, tornando-se mais eficazes dessa forma para o binómio mãe-filho.

-As terapias complementares podem ser aplicadas, pelos enfermeiros, durante os cuidados prestados às gestantes/parturientes trazendo benefícios, tais como: diminuição da dor, ajuda na regulação das diferentes emoções de ansiedade e medo, promovendo assim o conforto e bem-estar.

-A evidência científica aponta inúmeros benefícios quer para a mãe, como para o feto;

-A utilização de terapias complementares durante a gravidez e o parto de baixo risco, é útil na medida em que ajuda a diminuir os diferentes desconfortos apresentados durante essas fases e, assim, melhorar a experiência da gravidez e do parto (promovendo um parto mais humanizado).

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 1 – Experimental Designs Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials

(RCTs) (New JBI Levels of Evidence)

Contributo para a questão de revisão:

Este artigo revelou-se de extrema importância pois, nele, estão patentes conceitos como terapias complementares, musicoterapia/ uso da música como cuidado, dor no trabalho de parto, trabalho de parto/ parto e enfermeiro/ ESMO que, em muito, contribuem para a compreensão da questão da *Scoping Review*.

Neste artigo, são colocadas em destaque várias terapias complementares, tais como: Visualização Energética, Hidroterapia e Termoterapia, Liberdade de Movimento, Uso de Bola Suíça durante o Trabalho de Parto, Musicoterapia e Massagem Terapêutica. Estas, são terapias que quando usadas como complemento dos cuidados de enfermagem prestados à mulher grávida/ parturiente, vão promover o seu conforto e bem-estar, contribuindo para um cuidado holístico e, conseqüentemente, um parto mais humanizado. Surgem como uma valiosa oportunidade que o profissional de enfermagem possui de proporcionar às mulheres uma experiência de parto positiva. Urge que os enfermeiros sejam sensibilizados acerca dos benefícios destas terapias, acreditem na sua eficácia, reconheçam como uma mais valia no cuidar e as coloquem em prática.

As terapias referenciadas no artigo, onde se inclui o uso da música, não necessitam de treino ou formação específica e podem ser facilmente aplicadas nas instituições de saúde e ambientes comunitários. O uso de terapias complementares durante a gravidez e no parto de baixo risco, ajudam na redução da dor, dos diferentes desconfortos (apresentados nas diferentes etapas), do medo, da ansiedade e fadiga, ajudando, assim, a melhorar a vivência da gravidez e do próprio trabalho de parto. A evidência científica tem vindo a mostrar benefícios tanto para a mãe quanto para o feto; portanto, o reconhecimento da utilidade deste tipo de terapias, pelos profissionais de saúde, para além de garantir uma melhoria no atendimento ao binómio, garante a melhoria dos indicadores de bem-estar materno perinatal.

O uso da música, no decorrer do trabalho de parto, causa nas mulheres sensações agradáveis de tranquilidade, segurança e calma, com alívio da dor e controle das contrações, além de ter um efeito calmante nos neonatos, nos seus primeiros dias de vida.

O uso da música constitui uma ferramenta complementar, muito útil, para transformar a experiência do parto em algo agradável e positivo.

Este estudo corrobora os autores mencionados em background, na medida em que a utilização das terapias complementares, durante as várias fases do trabalho de parto, promove conforto e bem-estar na parturiente, podendo ser usadas várias estratégias em simultâneo, reduzindo assim a dor, tornando o parto numa experiência mais positiva e humanizada.

Tal como referido no artigo, teorias como a de Martha Rogers contêm elementos conceituais relacionados com os campos energéticos do ser humano, e a oportunidade que se oferece a partir daí para promover o cuidado holístico na prática assistencial. Para tal efeito, o uso de terapias complementares permite um aproximar deste propósito, que neste caso constitui uma alternativa de cuidados nas diferentes áreas onde são prestados cuidados à grávida e família.

Segundo Sá A.C. (1994), o foco da ciência da enfermagem para Rogers é o ser humano unitário, que é contínuo, evolutivo, indivisível, incerto, em constante troca energética com o ambiente e que utiliza ininterruptamente seu potencial criativo, ao se readaptar a cada mudança que ocorre nos campos humano e ambiental. De acordo com Rogers, o ser humano unitário caracteriza-se, ainda, pelo uso da abstração, sensação, emoção, imaginação, linguagem e pensamento produtivo. Este ser humano, incluindo o enfermeiro, é, portanto, um ser acima de tudo criativo e que depende do seu potencial criador para sobreviver a cada alteração dos padrões energéticos dos campos humano e ambiental.

Artigo n.º 2 – “Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Annarita Buglione, Gabriele Saccone, Marta Mas, Antonio Raffone, Lavinia Di Meglio, Letizia di Meglio, Paolo Toscano, Antonio Travaglino, Rosanna Zapparella, Marzia Duval, Fulvio Zullo, Mariavittoria Locci.

Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglio, L., Toscano, P., Travaglino A., Zapparella, R., Duval, M., Zullo, F., Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 301:693–698.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>

Ano da Publicação: 2020

País de origem: Itália

Objetivos: // aims, goals, objectives

Analisar se o uso de música reduz a dor do trabalho de parto, em mulheres nulíparas com gestações simples e de termo.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

Este foi um ensaio clínico randomizado, de grupo paralelo não cego, realizado num único centro em Itália e conduzido entre Janeiro de 2019 e Julho de 2019.

Foram escolhidas 30 mulheres nulíparas com gravidez simples, apresentação cefálica, em fase ativa do trabalho de parto, entre as 37 semanas e as 42 semanas + 7 dias de gestação. 15 mulheres foram randomizadas no grupo de música (grupo de intervenção) e 15 mulheres foram randomizadas no grupo controlo. Foram incluídas mulheres com rutura prematura espontânea de membranas e aquelas com membranas intactas no momento da inscrição. Foram excluídas mulheres múltiparas, gestação múltipla, trabalho de parto prematuro, trabalho de parto pós-termo, rutura prematura de membranas, cesariana anterior, indução do parto com ocitocina ou amadurecimento cervical e gestações de alto risco, incluindo distúrbios hipertensivos da gravidez, diabetes, restrição de crescimento intrauterino ou anormalidades fetais. Foram incluídas mulheres com rutura prematura espontânea de membranas e aquelas com membranas intactas no momento da inscrição.

A fase ativa de trabalho de parto foi definida através da presença de contratilidade uterina, regular para intensidade e duração, 2–4 contrações em 10 min, sentidas pela mulher como dolorosas e associadas a uma dilatação cervical acima de 4 cm. O segundo estadió do trabalho de parto foi definido desde a dilatação completa do colo do útero até ao nascimento do bebé.

As participantes elegíveis foram distribuídas, aleatoriamente (via randomization.com), em uma proporção de 1:1 para ouvir música durante o trabalho de parto ou fazer parte do grupo de controlo. O coordenador do ensaio não teve acesso à sequência de randomização. O ensaio foi aberto, mas o analista de dados não teve conhecimento sobre qual o grupo afeto à intervenção, até que toda a análise fosse concluída.

As mulheres do grupo de intervenção receberam música durante o trabalho de parto, por meio de altifalantes existentes na sala, desde a randomização até ao nascimento do bebé. As mulheres tinham a possibilidade de seleccionar as músicas, a seu critério. As mulheres do grupo de controle receberam os mesmos cuidados obstétricos, durante o trabalho de parto e parto, mas sem intervenção musical associada.

Todas as mulheres receberam apoio individual de uma parteira, durante o trabalho de parto e em ambos os grupos receberam exame físico a cada 3-4 horas.

Durante o TP e no pós-parto, as mulheres receberam questionários específicos para avaliação da dor e do nível de ansiedade. A avaliação do nível de ansiedade e dor foi realizada ao final de cada hora de trabalho de parto, desde a randomização até ao nascimento do bebé.

No período de pós-parto, as mulheres foram avaliadas quanto à dor e ansiedade 1h, 24h e 48h pós-parto.

O nível de dor e o nível de ansiedade foram autorrelatados e registados por meio da escala visual analógica (VAS). A escala VAS para dor variou de 0 (sem dor) a 10 (dor insuportável). A escala

VAS para ansiedade variou de 0 (nada ansioso) a 100 (extremamente ansioso).

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

Este ensaio clínico randomizado mostrou que em mulheres nulíparas com gravidez simples e de termo, ouvir música resultou num nível de dor menor, nível, esse, estatisticamente significativo relativamente às mulheres que não ouviram música. O uso de música, durante o trabalho de parto, também foi associado a uma diminuição do nível de ansiedade.

A dor e o nível de ansiedade foram autorrelatados e registados por meio da escala VAS.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 1.c – RCT

Contributo para a questão de revisão:

- Os autores deste artigo chegaram a conclusões bastante interessantes e que contribuem, em muito, para a compreensão da questão de revisão da SR.
- Ouvir música, em contexto de trabalho de parto, contribui para uma diminuição dos níveis de dor e ansiedade.

Artigo n.º 3 – “Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspectiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Yael Pasternak, Netanella Miller, Aula Asali, Yael Yagur, Omer Weitzner, Maya Nimrodi, Yehonatan Pasternak, Arie Berkovitz, Tal Biron-Shental.

Pasternak, Y., Miller, N., Asali, A., Yagur, Y., Weitzner, O., Nimrodi, M., Berkovitz, A., Biron-Shental, T. (2019). Does music during labor affect mode of delivery in first labor after epidural anesthesia? A prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 300:1239–1244.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05310-w>

Ano da Publicação: 2019

País de origem: Israel

Objetivos: // aims, goals, objectives:

Avaliar os efeitos da exposição à música no decorrer do trabalho de parto, no que concerne ao tipo de parto e níveis de *stress* das parturientes.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

Este estudo prospectivo e intervencionista foi realizado de janeiro a junho de 2018 e incluiu 124 mulheres primíparas, com idades compreendidas entre 18 e 45 anos, com gravidez de baixo risco, que foram recrutadas durante a fase latente (dilatação cervical < 6 cm) do seu primeiro trabalho de parto, 20 minutos após receberem analgesia epidural. As mulheres foram incluídas

após receberem analgesia epidural de modo a reduzir o efeito do stress induzido pela dor relacionada com as contrações uterinas.

Foram excluídas mulheres com gravidez múltipla ou de alto risco devido a diabetes gestacional, pré-eclâmpsia ou restrição de crescimento intrauterino. Partos prematuros, malformações e morte fetal pré-parto também foram excluídos. Também foram excluídas utentes cuja música fosse interrompida por motivos técnicos ou porque a mulher mudou de ideias, antes do término do parto.

Após a assinatura do consentimento informado, a paciente escolhia se queria ouvir música, até o final da terceira etapa do parto, ou se preferia não ter música na sala de parto. O grupo que optou por ouvir música, tinha ao seu dispor música rítmica ou clássica suave. A mesma playlist de cada género musical foi reproduzida, desde o momento do consentimento até o parto, por meio de dois altifalantes que estavam em cada sala de parto. 124 mulheres foram recrutadas para o estudo, sendo que 5 foram excluídas (4 por falhas técnicas de áudio e 1 que não cumpriu com consentimento assinado). Das 119 mulheres incluídas no estudo, 48 optaram por não ouvir música, durante o trabalho de parto. Das 71 mulheres que escolheram intervenção musical, 31 solicitaram a playlist rítmica e 40 a playlist clássica suave. As utentes foram agrupadas de acordo com sua preferência em receber intervenção musical ou não.

Os níveis de stress fisiológicos foram avaliados através dos níveis de cortisol presentes na saliva (coletada uma amostra de saliva para analisar laboratorialmente os níveis de cortisol relacionando-os com o stress) e foi ainda usada a escala “State-trait Personality Inventory” (STPI) para determinar os níveis de stress, ansiedade, raiva e depressão. As medidas de cortisol e stress do STPI foram avaliadas em 2 momentos: antes da música ser tocada e 1 a 3 h, após o início da música.

A TA e o pulso foram registados, no recrutamento, e aquando da colheita da segunda amostra de cortisol e usada escala de STPI, como medidas objetivas adicionais de *stress*.

Os dados referentes ao processo de trabalho de parto, parto e desfechos perinatais foram colhidos dos ficheiros clínicos.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

Os autores do artigo constataram a existência de uma taxa significativamente maior de partos vaginais espontâneos entre as mulheres que ouviram música, durante o trabalho de parto, em comparação com aquelas que não ouviram música. Embora o efeito da música em obstetrícia não tenha sido examinado, anteriormente, esse efeito positivo da música junta-se a uma longa lista de resultados fisiológicos positivos, relacionados com a música, e encontrados em outras disciplinas.

À luz das potenciais consequências prejudiciais do stress durante o trabalho de parto, foi examinado se a música reduz o stress durante o trabalho de parto, avaliando medidas objetivas e subjetivas.

Ao contrário de estudos anteriores que descobriram que a música tem a capacidade de reduzir a ansiedade durante o trabalho de parto e cesariana ou durante procedimentos cirúrgicos e odontológicos, e em outros ambientes médicos, como terapia intensiva, psiquiatria e geriatria, o presente estudo não mostra essa diminuição. Estudos sobre *stress* fisiológico mostraram que os níveis de cortisol plasmático total e livre aumentam drasticamente ao longo do trabalho de parto e parto a termo. Portanto, é possível que o efeito do trabalho de parto nos níveis de *stress* seja tão forte, que mesmo modalidades como a música, que reduz a ansiedade em outras condições médicas, não tenham um efeito forte o suficiente para superar os altos níveis de estresse contribuídos pelo processo de parto. Além disso, a maioria das participantes recebeu ocitocina durante o trabalho de parto (110/119, 92,4%), sem diferença significativa entre os grupos. Esse fator pode afetar os níveis de estresse, como demonstrado por um estudo que demonstrou níveis mais elevados de ACTH em mulheres que receberam ocitocina para indução do parto em comparação com aquelas que tiveram trabalho de parto espontâneo. É razoável supor que outros marcadores de stress podem ser reduzidos pela intervenção da música e estão relacionados a uma maior taxa de SVD no grupo de música.

Outro achado interessante foi que não foi encontrada diferença nas medidas de stress e resultados obstétricos entre os dois géneros musicais.

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo a examinar a influência da música no tipo de parto e nos resultados obstétricos e perinatais. Este foi um estudo prospetivo relativamente grande, realizado em uma única instituição acadêmica com protocolos de trabalho homogêneos. Os dados foram extraídos de prontuários eletrónicos, o que reduz o viés.

Existem algumas limitações potenciais para o estudo. Nosso estudo se concentra em subgrupos específicos de nulíparas que estão sob analgesia epidural, a maioria delas aumentada ou induzida por ocitocina. Outra limitação é que as pacientes não estavam sob o mesmo protocolo, desde o início espontâneo do trabalho de parto. Portanto, outras variáveis além da música possivelmente afetaram o curso e o resultado do trabalho de parto e parto, bem como a quantidade de analgesia tomada pelas parturientes. Finalmente, pode haver um viés de seleção porque o estudo não foi projetado como um ensaio clínico randomizado cego e os pacientes foram alocados nos grupos de estudo – com ou sem música durante o trabalho de parto, de acordo com suas próprias preferências. Esse potencial viés não foi expresso nos dados demográficos ou

clínicos (exceto para a idade materna, que foi estatisticamente, mas não clinicamente diferente entre os grupos).

Principais conclusões dos autores do artigo:

Ouvir música durante o trabalho de parto melhora a probabilidade de primíparas terem um parto vaginal, independentemente de seus níveis de stress. Por se tratar de um tratamento inofensivo e de simples implementação, pode ser oferecido a todas as mulheres durante o trabalho de parto.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Estudo prospetivo

Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study

Contributo para a questão de revisão:

O presente artigo foi selecionado por incluir conceitos que contribuem para a compreensão da questão da presente *Scoping Review*.

- Ouvir música, durante o trabalho de parto, aumenta a probabilidade de primíparas terem um parto vaginal, independentemente do nível de stress.
- O uso da música, no trabalho de parto, constitui um tratamento cuja implementação é simples, fácil e de caráter inofensivo, pelo que pode e deve ser oferecido a todas as parturientes, durante o trabalho de parto.

Artigo n.º 4 – “The effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Keziban Amanak

Amanak, K. (2020). The effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 70, (11).

Ano da Publicação: 2020

País de origem: Turquia

Objetivos: // aims, goals, objectives:

Analisar o efeito do som produzido pela flauta de junco, em mulheres em trabalho de parto.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

O estudo experimental randomizado, simples-cego, caso-controle (single-blind, case-control), foi realizado num Hospital Estadual em Bursa, na Turquia, no período de 15 de julho a 15 de outubro de 2018.

As mulheres selecionadas para o estudo compreendiam entre os 20 e os 37 anos de idade, eram gestantes primíparas sem histórico aborto espontâneo/aborto, tinham feto único, gravidez de termo e encontravam-se em fase ativa do trabalho de parto. Foram excluídas mulheres com anormalidade ao nível da contratilidade uterina, complicações na gravidez (como placenta prévia, pré-eclâmpsia, rutura prematura de membranas, *oligoâmnio* e *polidrâmnio*, apresentação anormal, restrição de crescimento intrauterino, morte fetal intrauterina, bebés

macrossômicos, sofrimento fetal, etc.), com doenças sistêmicas ou neurológicas e gestantes induzidas.

Foram incluídas 30 mulheres no estudo, sendo distribuídas igualmente em 2 grupos, por meio de randomização simples: grupo A - experimental (expostas a música tocada por flauta de junco) e grupo B – controlo (nenhuma intervenção musical). Posteriormente, foi-lhes atribuído um número, sendo atribuído o número 1 à primeira gestante e, as demais, numeradas consecutivamente. As mulheres foram agrupadas de acordo com a tabela de randomização disponibilizada no site www.randomizer.org.

Após assinatura de consentimento informado, foram recolhidos os dados por meio do Formulário Descritivo Individual (IDF), Formulário de Acompanhamento do Trabalho de Parto (LTF), Escala Visual Analógica (VAS) e Características do estado de Ansiedade - Inventário do Estado de Ansiedade (STAI-SAI).

O IDF continha 7 questões sobre idade, escolaridade, situação profissional da gestante, escolaridade do cônjuge, situação profissional do cônjuge, situação de renda e se a gravidez foi planeada ou não. O formulário foi preenchido por meio de entrevistas presenciais.

A LTF tinha perguntas sobre o exame vaginal à gestante, factos sobre a contração e duração do trabalho de parto. A pesquisadora avaliou os dados do exame vaginal e factos sobre a contração, enquanto os dados referentes à duração do trabalho de parto foram obtidos a partir do ficheiro clínico da utente. O formulário foi preenchido pelos pesquisadores.

A VAS foi usada para avaliar o grau de dor experienciada, durante o trabalho de parto. A VAS tem sido utilizada em estudos para avaliar a dor do parto e mostrou-se um instrumento confiável e válido. O formulário foi preenchido com base no autorrelato.

O STAI-SAI consiste num questionário de autoavaliação que compreende expressões curtas, inclui duas subescalas separadas, cada uma com 20 cláusulas. Essas subescalas são a escala do estado de ansiedade (SAS) e a escala de características da ansiedade (TAS). O SAS foi usado para determinar o nível de ansiedade que as mulheres experienciaram, durante o trabalho de parto. Cada cláusula tem pontos que variam de 1 a 4 e o total de pontos reflete a ansiedade. Para a escala de características da ansiedade, os pontos das declarações inversas ponderadas são subtraídos dos pontos das declarações diretas e 50 são adicionados. O formulário foi preenchido com base no autorrelato.

Após a colheita de dados inicial, as gestantes do grupo A foram expostas a 30 minutos de música instrumental tocada por uma flauta de junco, com ritmo modal de Segah (tipo de música turca que vem sendo utilizada no tratamento de doenças). Para isso, foi utilizado um pequeno leitor de cd portátil. O mesmo padrão musical foi repetido 3 vezes, até perfazer uma exposição de 30

minutos, seguidos de 30 minutos de intervalo. Ao final de cada rodada era preenchida a VAS.

Nos primeiros cinco minutos, após as gestantes terem ouvido a terceira rodada do som da flauta de junco, foram preenchidos LTF, VAS e STAI-SAI.

Não foi realizada nenhuma intervenção no grupo B, as mulheres apenas receberam os cuidados de rotina. Os dados do grupo B foram colhidos em horários paralelos ao momento em que os dados estavam a ser colhidos no grupo A.

As mulheres de cada grupo viam apenas os cuidados que lhes eram prestados e não tinham informações sobre os cuidados que eram prestados ao outro grupo. Realizado às cegas, de modo a evitar que as mulheres formassem uma opinião condicionada positiva ou negativa sobre o cuidado.

Os dados foram analisados no SPSS 20. Os dados numéricos foram expressos em média \pm desvio padrão (DP), enquanto o restante foi expresso em frequências e percentagens. A comparação intergrupos de características descritivas foi feita com o teste do qui-quadrado, exceto para a idade, para a qual foi utilizado o teste t.

As comparações entre os dois grupos de trabalho de parto, duração do trabalho de parto, VAS e valores médios de STAI-SAI, quando normalmente distribuídos, foram feitas com o teste t de amostras independentes. Os dados que não distribuíram normalmente foram analisados com o teste U de Mann-Whitney. $P < 0,05$ foi considerado significativo.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

Os achados do estudo indicam que:

- O som da flauta de junco pode ser usado para encurtar a duração do trabalho de parto, reduzir a ansiedade e a dor, e garantir que o trabalho de parto seja uma experiência satisfatória para a gestante.
 - O som da flauta de junco conduz o ouvinte para longe da sua realidade, levando o indivíduo a uma jornada espiritual, purificando o espírito de todo mal e oferecendo completa paz interior.
 - Devido aos achados do estudo, os autores do artigo concluem que o som da flauta de junco, durante o trabalho de parto, contribui positivamente para a experiência de trabalho de parto.
- No entanto, referem que existe uma necessidade de realizar mais estudos randomizados, neste contexto. Junto com a flauta de junco, também outros tipos de música devem ser explorados em estudos randomizados.

Principais conclusões dos autores do artigo:

Quando as mulheres, em trabalho de parto, foram expostas ao som da flauta de junco, isso produziu um impacto positivo nos dados do exame vaginal, na duração do trabalho de parto e na dor e ansiedade vivenciadas durante o processo de parto. O som da flauta de junco pode ser

usado para tornar o parto uma experiência satisfatória para as mulheres grávidas.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 1.c – RCT

Contributo para a questão de revisão:

Este artigo foi selecionado por incluir conceitos como uso da Música, Dor no Trabalho de Parto, Trabalho de Parto e Parto, conceitos esses que, em muito, contribuem para a compreensão da questão da presente *Scoping Review*.

- O uso da música, produzida pela Flauta de Junco, demonstrou ter um impacto positivo aquando da realização do exame vaginal, ao nível da duração do TP e, ainda, na redução da ansiedade e dor, garantindo que o trabalho de parto seja uma experiência satisfatória para a mulher grávida.
- O som da flauta de junco tem o poder de “transportar” o ouvinte para longe da realidade da sua vida, levando o indivíduo a uma jornada espiritual, purificando o espírito de todo mal e oferecendo uma completa paz interior. Com base nestes conhecimentos, acredita-se que o uso da música (produzida pela flauta de junco), durante o trabalho de parto, será uma mais valia contribuindo para que a mulher tenha uma experiência de TP satisfatória e positivamente marcante.

Artigo n.º 5 – “Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Nisha John, Annal Angeline.

John, N. e Angeline, A. (2017). Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Pain among Mothers During First Stage of Labour in Selected Hospitals at Kollam. *International Journal of Nursing Education*, 9 (2), 24-29. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00030.7>

Ano da Publicação: 2017

País de origem: Índia

Objetivos: // aims, goals, objectives

Avaliar a eficácia da musicoterapia na ansiedade e dor, em grávidas no primeiro estadio do TP, em hospitais seleccionados em Kollam.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

O estudo foi realizado nas salas de parto dos Hospitais Bishop Benziger e L.M.S. A população para o mesmo abrangeu 60 grávidas primíparas e múltíparas, com idade gestacional compreendida entre as 37 e as 40 semanas, encontrando-se na fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto (as grávidas foram divididas quer no grupo experimental, quer no grupo de controlo, por técnica de amostragem intencional não probabilística).

A pesquisa desenhada para o presente estudo é quasi experimental (pré-teste pós-teste) com grupo de controlo desenhado para avaliar a eficácia da musicoterapia na ansiedade e dor entre

as mães, durante o primeiro estadio do TP.

Foi usado um proforma demográfico tendo incluído 7 itens como idade, educação, área de residência, religião, tipo de família, paridade, suporte social. A dor sentida pelas grávidas foi avaliada através da escala “Numerical Pain Intensity Scale” e a ansiedade foi avaliada usando a escala “Speilberger’s State Trait Anxiety Inventory ”. Esta avaliação foi feita, antes da intervenção, com o preenchimento de um questionário, para o qual dispunham de 10-15 minutos.

Foi administrada música clássica instrumental (violino), ao grupo experimental, durante 1 hora, na fase latente do TP. Este género musical tem eficácia comprovada ao nível da redução da ansiedade e da dor. Após intervenção foi realizada avaliação da dor e da ansiedade, tanto no grupo experimental como no grupo controlo.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

Níveis de Ansiedade entre o grupo experimental e o grupo de controlo:

Grupo experimental - Os resultados do estudo revelaram que no pré-teste, 56,7% dos indivíduos apresentavam ansiedade moderada e 43,3% apresentavam ansiedade severa, enquanto que no pós-teste a maioria dos indivíduos (86,7%) tinham ansiedade moderada, 10% deles tinham ansiedade leve e os restantes 3,3% tinham ansiedade severa.

Grupo de controlo - 66,7 % dos indivíduos apresentaram ansiedade moderada e 33,3% ansiedade severa, enquanto que no pós-teste, 76,7% dos indivíduos apresentaram ansiedade moderada e 23,3% ansiedade severa.

Níveis de Dor entre o grupo experimental e o grupo de controlo:

Grupo experimental - O estudo revelou que no pré-teste, 86,7% dos indivíduos tinham dor moderada, 13,3% tinham dor leve, enquanto que no pós-teste, a maioria dos indivíduos (83,7%) referiu dor leve e 16,7% referiu dor moderada.

Grupo de controlo – No pré-teste, 50% dos indivíduos referiram sentir dor moderada e 50% dos indivíduos dor leve, enquanto que no pós-teste, a maioria dos indivíduos (93,3%) teve dor moderada e 6,7% dor leve.

Eficácia da Musicoterapia na ansiedade de grávidas que se encontram no 1º Estadio do Trabalho de Parto:

Grupo experimental - O score médio de ansiedade registado no pré-teste foi de 56,13% e o score médio de ansiedade registado no pós-teste foi de 49,70%.

Grupo de controlo - O score médio de ansiedade registado no pré-teste foi de 56,47% e

no pós-teste foi de 57,33%.

Houve uma diferença significativa entre as médias dos scores de ansiedade no pré-teste e no pós-teste, referentes ao grupo experimental, facto que revela que a musicoterapia foi eficaz na redução da ansiedade.

Eficácia da Musicoterapia na dor, sentida pelas grávidas, que se encontram no 1º Estadio do Trabalho de Parto.

Grupo experimental – O score médio de dor registado no pré-teste foi de 4,10 e score médio no pós-teste foi de 2,90.

Grupo de controlo - O score médio de dor registado no pré-teste foi de 3,47 e score médio no pós-teste foi de 4,37.

Houve diferença significativa entre os scores de dor no pré-teste e pós-teste do grupo experimental, facto que revela que a musicoterapia foi eficaz na redução da percepção da dor.

Principais conclusões dos autores do artigo:

A musicoterapia consiste num método não farmacológico, com ótimo custo-benefício, sendo eficaz na redução da ansiedade e dor maternas, durante a fase latente do 1º Estadio do Trabalho de Parto.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 2 – Quasi-experimental Designs

Level 2.d – Pre-test – post-test

Contributo para a questão de revisão:

Mais um estudo com excelentes achados que contribuem para a compreensão da questão da presente *Scoping Review*.

- A musicoterapia consiste num método não farmacológico, com ótimo custo-eficácia, sendo eficaz na redução da ansiedade e dor maternas, na fase latente do 1º Estadio do Trabalho de Parto.

Artigo n.º 6 – “Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspetiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

E. Karkal, Sangeeta Kharde, H. Dhumale.

Karkal, E., Kharde, S. e Dhumale, H. (2017). Effectiveness of Music Therapy in Reducing Pain and Anxiety among Primigravid Women during Active Phase of First Stage of Labor. *International Journal of Nursing Education*, 9 (2), 57-60. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00036.8>

Ano da Publicação: 2017

País de origem: Índia

Objetivos: // aims, goals, objectives

Avaliar o nível de dor e ansiedade de mulheres primigestas, no primeiro estadio do trabalho de parto, antes da administração da musicoterapia; avaliar a eficácia da musicoterapia na redução da dor e ansiedade, através da comparando dos *scores* de pré e pós-teste de primigestas em trabalho de parto; e avaliar a eficácia da musicoterapia comparando os resultados entre o grupo experimental e o grupo controle.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

Um estudo avaliativo foi realizado usando um desenho de ensaio clínico randomizado simples-cego. O estudo foi realizado com 60 mulheres primigestas (distribuídas 30 no grupo experimental e 30 no grupo de controlo) internadas na sala de partos do Hospital KLES Dr. Prabhakar Kore na Bélgica, que se encontravam na fase ativa do TP.

Foi utilizado o método do envelope para a seleção da amostra (amostragem aleatória simples pelo método de envelope).

Os dados foram colhidos usando a escala de dor visual analógica (VAS) padronizada e a escala de autoavaliação de ansiedade de Zung.

A pontuação máxima para VAS foi de 10. Os scores de dor foram divididos em cinco categorias; sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e a pior dor. A escala de autoavaliação de ansiedade de Zung foi usada para avaliar o nível de ansiedade. A pontuação máxima do índice de ansiedade foi 100. A pontuação 1 foi dada em poucas ou nenhuma resposta, a pontuação 2 foi dada a algumas das respostas, a pontuação 3 foi dada grande parte do tempo e a pontuação 4 foi dada a maior parte ou o tempo todo. Há cerca de 20 questões na escala de autoavaliação de ansiedade de Zung.

Os dados colhidos foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

- Os achados no grupo experimental revelaram que a musicoterapia foi eficaz na redução da dor. Já no grupo de controlo houve um aumento na intensidade da dor, comparando os scores do pré-teste com os do pós-teste.

- Os níveis de ansiedade foram significativamente menores no grupo experimental, do que no grupo de controlo.

Principais conclusões dos autores do artigo:

A musicoterapia consiste num método não farmacológico eficaz, não invasivo, com ótimo custo-benefício, responsável por induzir ao relaxamento, contribuindo para a redução da dor e ansiedade, e potenciando a capacidade de primigestas em enfrentar o TP.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Ensaio clínico randomizado

Level 1.c – RCT

Contributo para a questão de revisão:

Neste artigo encontram-se patentes conceitos e achados importantes que vão contribuir para a compreensão da questão da presente *Scoping Review*.

- A musicoterapia consiste num método não farmacológico eficaz, não invasivo, com ótimo custo-benefício, responsável por induzir ao relaxamento, contribuindo para a redução da dor e da ansiedade, potenciando a capacidade de primigestas em enfrentar o trabalho de parto.

Artigo n.º 7 – “*Relationship between Education of Pregnant Women and Listening to Classical Music with the Experience of Pain in Childbirth and the Occurrence of Psychological Symptoms in Puerperium.*”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspectiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Roberta Perković, Kostana Dević, Antonija Hrkać, Nikolina Šaravanja, Vajdana Tomić, Branko Krišto, Helena Dukić, Vida Vasilj.

Perković, R., Dević, K., Hrkać, A., Šaravanja, N., Tomić, V., Krišto, B., Dukić, H. & Vasilj, V. (2021) Relationship between Education of Pregnant Women and Listening to Classical Music with the Experience of Pain in Childbirth and the Occurrence of Psychological Symptoms in Puerperium. *Medicina Academica Mostariensia*, vol.9, nº2, pp 260-270.

Ano da Publicação: 2021

País de origem: Bosnia Herzegovina

Objetivos: // aims, goals, objectives:

Comprovar o impacto da educação da gestante e da escuta de música clássica na vivência da dor do trabalho de parto e na ocorrência de sintomas psicológicos, durante o puerpério (nas 6 semanas após o parto).

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

Um estudo prospetivo randomizado controlado foi conduzido em 3 instituições de saúde em Livno na Bósnia Herzegovina. O tempo de realização do estudo decorreu de 1 de janeiro de 2019 a de outubro de 2019.

A amostra foi composta por 198 mulheres grávidas do Cantão de Hercegbosna.

Amostra de conveniência - grávidas no segundo e terceiro trimestres de gravidez, que pariram na maternidade do hospital do Cantão (Hospital Dra Fra Mihovil Sucic no Livno), de meados de fevereiro de 2019 a meados de agosto de 2019.

Randomização das participantes – as participantes foram divididas em 2 grupos:

Grupo experimental, no qual foi realizada educação em grupo, aplicação de exercícios respiratórios e escuta de música clássica;

Grupo de controlo onde nenhuma das intervenções anteriores foi realizada, apenas os cuidados habituais e inerentes a uma gravidez.

Após a conclusão do programa de treino com o grupo experimental, houve um intervalo de 5 semanas, durante o qual foi formado um novo grupo experimental e outro de controlo. O procedimento foi realizado até atingir o tamanho amostral previsto (99 participantes por grupo).

Critérios de inclusão: todas as mulheres grávidas do condado de Herceg-Bosna que controlaram sua gravidez nos centros de saúde competentes e na prática ginecológica privada.

Critérios de exclusão: grávidas menores de idade, grávidas no primeiro trimestre de gestação, grávidas após a 34ª semana de gestação, gestações múltiplas, gestantes com história de cesariana anterior, grávidas com diagnóstico psiquiátrico, gravidez de alto risco, questionários incompletos, grávidas que não ouviram música clássica conforme combinado, nascimento de um nado morto.

Os instrumentos de medida utilizados foram: a Visually Analogous Pain Scale (VAS) e o Symptom Checklist - 90 (SCL-90).

A VAS é um instrumento unidimensional que avalia subjetivamente a intensidade da dor (número zero indica a ausência de dor e o número dez a maior intensidade de dor).

escala de 90 pontos foi usada para avaliar a incidência de sintomas psicológicos.

A lista de verificação de sintomas (SCL-90) é um instrumento de medida válido para avaliar os sintomas psicológicos decorrentes do *stress*. A escala é composta por 90 questões que o participante responde, avaliando numa escala de quatro pontos (de 0 - nada a 4 - distintamente) o grau de desconforto que o sintoma descrito lhe desperta. As escalas SCL - 90 foram definidas para medir nove dimensões de sintomas primários e três índices globais de *stress*.

Após randomização, foram realizadas 4 sessões de educação em grupo, com duração de uma hora cada. O programa de treino incluiu: ensino sobre os fundamentos da fisiologia do parto, visita ao departamento de parto com vista à diminuição do medo, treino respiratório (inspiração e expiração profunda utilizada na primeira etapa do parto), aplicar a técnica de ouvir música

clássica à escolha diariamente (à noite, antes de dormir, por um período de 15 minutos), ensino de técnicas para o sucesso da amamentação e cuidados de saúde materno-infantil, após o parto. Ao final do programa, o educador realizou um check-up semanal, por telefone, com os participantes (para a qualidade da comunicação) para perceber qual a adesão à escuta de música clássica que havia sido acordada. Cada não conformidade/conformidade foi registada num formulário específico.

No dia seguinte ao parto, cada participante dos grupos experimental e controlo recebeu um questionário de avaliação da dor (VAS) no qual avaliaram a sua experiência geral de dor no parto. Foi acordado o envio do SCL – 90, 6 semanas após o parto, sendo as mães solicitadas a responder ao mesmo no prazo de uma semana. No caso de não haver resposta, no prazo de 1 semana, as mães eram novamente notificadas via email. O tempo de espera para uma resposta foi estendido de uma para duas semanas. Caso não houvesse resposta, as participantes eram excluídas do estudo.

Os dados colhidos foram colocados numa base de dados MS Excel e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS 20.0.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

A influência da educação em grupo (realizada por uma enfermeira especialista em obstetrícia/ parteira) e da audição de música clássica na experiência da dor no parto

A análise dos resultados deste estudo provou haver uma conexão entre a educação em grupo e a audição de música clássica na gravidez, no que concerne à experiência da dor no trabalho de parto. As mulheres inseridas no grupo experimental classificaram a dor do trabalho de parto como moderada, enquanto que as mulheres inseridas no grupo de controlo experienciaram uma dor severa.

A influência da educação em grupo (realizada por uma enfermeira especialista em obstetrícia/ parteira) e da audição de música clássica na ocorrência de sintomas psicológicos no puerpério

A análise dos resultados, deste estudo, mostrou uma diferença significativa na incidência de sintomas psicológicos entre as mulheres do grupo experimental e do grupo de controlo, através da avaliação realizada 6 semanas após o parto. Foi encontrada uma diferença significativa na incidência de sintomas psicológicos entre os participantes do grupo experimental e de controlo, no que concerne às dimensões de sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide. Os participantes do grupo experimental relataram níveis mais baixos de sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide em comparação ao grupo controlo. Os participantes que tiveram maiores estimativas de dor no parto também

pontuaram mais alto na escala de somatização, TOC, ansiedade, hostilidade, fobia, ideação paranoide e distúrbios de apetite e sono.

Principais conclusões dos autores do artigo:

Este estudo demonstrou o impacto da formação em obstetrícia e da escuta de música clássica na percepção da dor do parto e da saúde mental no puerpério. O grupo experimental classificou a dor do parto significativamente menor em comparação com o grupo controle e teve significativamente menos sintomas psicológicos 6 semanas após o parto.

Este estudo comprovou o impacto da formação em obstetrícia e da audição de música clássica na percepção da dor no parto e na saúde mental no puerpério. Os participantes do grupo experimental classificaram sua dor de parto como dor moderada, enquanto os participantes do grupo de controle experimentaram dor de parto intensa.

Uma diferença significativa na incidência de sintomas psicológicos também foi encontrada entre os participantes dos grupos experimental e controle 6 semanas após o parto.

O grupo experimental apresentou menos sintomas psicológicos nas dimensões de sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide.

Este estudo vem comprovar que a assistência obstétrica de qualidade, por meio do uso de um método simples e não farmacológico, como a musicoterapia, tem um impacto significativo nos resultados do parto e puerpério.

A educação baseada em evidência pode moldar a atitude das mulheres e fortalecer sua autoconfiança, contribuindo assim para uma experiência de parto e de maternidade positivas, bem como para o estado de saúde mental, o que é um benefício inestimável para o indivíduo, família, sistema de saúde e sociedade como um todo.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Estudo prospectivo randomizado controlado.

Contributo para a questão de revisão:

Este artigo é de extrema relevância, pois nele encontram-se patentes conceitos importantes que vão contribuir para a compreensão da questão da presente *Scoping Review*.

- A educação para a saúde em obstetrícia e a audição de música clássica têm um impacto positivo, na percepção da dor no trabalho parto e na saúde mental da mulher no puerpério.

- Os níveis de intensidade de dor, no trabalho de parto, são menores em mulheres submetidas a educação para a saúde em obstetrícia e intervenção musical clássica.

- A incidência de sintomas psicológicos nas dimensões de sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide é menor em mulheres com maior conhecimento em

obstetrícia (educação para a saúde em obstetrícia) submetidas a uma intervenção musical clássica.

- A assistência obstétrica de qualidade, através do uso de um método simples e não farmacológico, como a musicoterapia, tem um impacto significativo nos resultados do parto e puerpério.

- A educação baseada em evidência pode moldar a atitude das mulheres e fortalecer a sua autoconfiança, contribuindo assim para uma experiência de parto e maternidade positivas, bem como para o estado de saúde mental, o que é um benefício inestimável para o indivíduo, família, sistema de saúde e sociedade como um todo.

Artigo n.º 8 – “Use of music during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspectiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Philip Hepp, Markus Fleisch, Kathrin Hasselbach, Tanja Fehm e Nora K. Schaal.

Hepp,P., Fleisch, M., Hasselbach, K., Fehm, T. e Schaal, N. (2021) Use of **music** during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 304 (2), pp. 355-363. <http://doi.org/10.1007/s00404-020-05958-9>

Ano da Publicação: 2021

País de origem: Alemanha

Objetivos: // aims, goals, objectives

Avaliar a divulgação e o uso da música no cenário obstétrico.

Quais os possíveis fatores que impedem o uso, mais amplo, da música na rotina diária, entre obstetras e parteiras na Alemanha.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

A participação foi limitada a obstetras e enfermeiras parteiras. Os possíveis participantes foram identificados através de uma pesquisa realizada na web, reunindo endereços de e-mail de obstetras e parteiras publicados nas páginas dos hospitais. Um link de convite foi enviado com o pedido de participação na pesquisa online. Foram enviados 2325 convites, dos quais 1763 para médicos obstetras e 562 para enfermeiras parteiras, a trabalhar em 730 hospitais na Alemanha.

Foi elaborado um questionário contendo os seguintes dados descritivos: idade, sexo, profissão e cargo, estado federal, nível de assistência perinatal do departamento, taxa de natalidade anual e número de camas de internamento. Foi, ainda, pedido para fornecer informações sobre a relação pessoal dos entrevistados com a música (frequência de consumo de música, gênero, habilidade para tocar um instrumento e frequência de prática). Em seguida, o uso da música durante a cesariana e parto vaginal foi avaliado separadamente, por meio de questões idênticas quanto à possibilidade de tocar música na respectiva situação, número de partos assistidos, frequência da música e processo de tomada de decisão. Além disso, foi avaliada a preferência musical dos participantes quando ao gênero, ritmo e volume, bem como estimativas sobre o impacto da música na comunicação entre a equipa e o paciente e impacto da música na utente. Por fim, foi questionado se já possuíam conhecimento acerca dos efeitos positivos ou negativos da música no paciente ou na equipe.

Foram utilizadas 2 escalas de medida: Slider Scale (escala deslizante variando de 0 a 100) e Likert Scale (escala de Likert variando de -2 a +2, com o 0 como neutro).

SPSS 24 (IBM Inc., Armonk, NY) foi usado para a análises de dados.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

A pesquisa realizada procurou avaliar o uso da música, em hospitais alemães, nomeadamente nos departamentos de obstetrícia, e recolher informações sobre a atitude dos obstetras e enfermeiras parteiras em relação à música, durante partos vaginais e cesarianas.

No geral, os resultados demonstraram uma atitude positiva em relação à música, entre obstetras e parteiras. Os entrevistados relataram uma influência benéfica quer nas gestantes quer nos profissionais de saúde, independentemente do tipo de parto. Afirmaram que a música possui um efeito calmante e que tem influência positiva no humor. Relativamente aos partos vaginais, referiram que a música tem um efeito de focalização, no entanto existe uma posição neutra no que concerne aos partos por cesariana.

Embora obstetras e enfermeiras parteiras valorizem os efeitos positivos da música, durante o trabalho de parto, significativamente mais parteiras recomendam o seu uso, independentemente do tipo de parto. Como a proporção de entrevistados do sexo masculino é, significativamente, maior no grupo de obstetras, isso também poderá ter influência comportamental no que diz respeito a recomendações. Quanto à implementação da música nos trabalhos de parto, este estudo mostra uma implementação mais firme nos partos via vaginal, já que os obstetras estão menos envolvidos na decisão de tocar música ou não.

A pesquisa confirma, ainda, a correlação positiva existente entre a atitude dos profissionais de saúde e o uso da música, quer nos partos vaginais quer nos partos por cesariana, pois a música tem efeitos positivos na comunicação, calma e humor.

Para além dos benefícios supracitados, a música influencia positivamente vários aspetos do parto, tais como a ansiedade, a dor, o *stress* e a satisfação maternas, independentemente do tipo de parto.

Tendo em conta as vantagens do uso da música, quer para parturientes quer para profissionais de saúde, urge divulgar evidência científica atual, no sentido de superar a relutância ainda existente quanto ao uso da música e lutar para que a instalação dos meios necessários, para fornecimento de música nos departamentos obstétricos, seja uma realidade.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Questionnaire-based study

Contributo para a questão de revisão:

Também, neste artigo, se encontram patentes achados importantes que vão contribuir para a compreensão da questão da presente *Scoping Review*.

- O uso de música, no trabalho de parto, tem influência benéfica quer nas parturientes, quer nos profissionais de saúde, independentemente do tipo de parto.

- Apesar dos profissionais de saúde estarem despertos, relativamente aos benefícios do uso da música em obstetria, segundo Hepp et al (2021), a música tem um papel mais importante nos partos vaginais do que nas cesarianas. Isto deve-se ao facto de haver falta de equipamento para difusão musical nos blocos operatórios, onde se realizam as cesarianas.

- A música influencia, positivamente, vários aspetos do trabalho de parto, tais como a ansiedade, a dor, o *stress* e a satisfação maternas, independentemente do tipo de parto.

- O uso da música, no trabalho de parto, tem um efeito calmante e de focalização de acordo com as parturientes.

- O uso da música, no trabalho de parto, tem impacto positivo em termos de comunicação e de humor, entre as equipas de saúde e as parturientes.

- Embora obstetras e enfermeiras parteiras valorizem os efeitos positivos da música, durante o trabalho de parto, são as enfermeiras parteiras quem mais recomenda o seu uso.

- Tendo em conta as vantagens do uso da música, quer para parturientes quer para profissionais de saúde, urge divulgar evidência científica atual, no sentido de superar a relutância, ainda, existente quanto ao uso da música no trabalho de parto e lutar para que a instalação dos meios necessários para difusão musical, nas salas de parto e blocos cirúrgicos, seja uma realidade.

Artigo n.º 9 – “Effect of Music Therapy on Intensity of Labor Pain among Primigravid Mothers admitted in a Tertiary Level Hospital.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspectiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Samjhana Gautam, Gita Dhakal Chalise, Mamata Bharati & Sarala Shrestha.

Gautam, S., Chalise, G., Bharati, M. & Shrestha, S. (2023). Effect of Music Therapy on Intensity of Labor Pain among Primigravid Mothers admitted in a Tertiary Level Hospital. *Journal of Nepal Health Research Council*, 21 (1), p. 92-98.

Ano da Publicação: 2023

País de origem: Nepal

Objetivos: // aims, goals, objectives:

Conhecer o efeito da musicoterapia na intensidade da dor do trabalho de parto, em primigestas.

Childbirth is a most welcomed and positive life experience for the majority of women, despite the pain. Most of them manage it well with minimal assistance while few of them require some intervention to reduce the pain.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

A quasi-experimental pre-test post-test non-equivalent control group design was used. Sample consisted of 42 primigravid women admitted in labor room of a teaching hospital in Kathmandu. The intensity of labor pain was measured using Visual Analogue Scale and Behavior Rating Scale in latent and active phase of labor in both experimental and control groups. Then 30 minutes of

music therapy was provided to the experimental group in the latent and active phase of labor. The post-test was carried out in both groups after the music therapy to experimental group during the latent and active phase using the same instruments. The collected data was entered in Statistical Package for Social Sciences version 16. Descriptive statistics and inferential statistics were used to describe the findings.

The mean difference of total pain between experimental and control groups during latent phase was 1.9 ($t=2.31$, $p=0.023$) in pre-test and 6.57 ($t=3.91$, $p=0.000$) in post-test. The mean difference of total pain between experimental and control groups during active phase was 1.00 ($t=1.08$, $p=0.286$) during pre-test and 6.95 ($t=3.744$, $p=0.001$) during post-test.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

Conclusão

A musicoterapia tende a reduzir a dor do trabalho de parto, quer na fase latente, quer na fase ativa do mesmo.

Based on the findings of this study it is concluded that music therapy tends to reduce the perceived intensity of labor pain during latent as well as active phase of labor. So this therapy can be used as a non-pharmacological measure to reduce the perception of labor pain.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 2 – Quasi-experimental Designs / Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Contributo para a questão de revisão:

- O uso da música no trabalho de parto tende a reduzir a percepção da intensidade da dor do parto, quer na fase latente como também na fase ativa do trabalho de parto. Portanto, esta terapia pode ser utilizada como medida não farmacológica na redução da percepção da dor do parto.

Artigo n.º 10 – “A Musicoterapia na redução do estresse de pais de bebês pré-termos: revisão integrativa.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspectiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Kaio Morimoto, Milena Lago & Adriana Zani.

Morimoto, K., Lago, M. & Zani, A. (2019). A Musicoterapia na redução do estresse de pais de bebês pré-termos: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 28 (1), p.96-100.

Ano da Publicação: 2019

País de origem: Brasil

Objetivos: // aims, goals, objectives:

O objetivo desta pesquisa foi identificar, por meio da literatura científica, a utilização da musicoterapia como estratégia terapêutica na redução do *stress* de pais de bebês pré-termo.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

Realização de uma revisão integrativa utilizando artigos científicos completos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana (LILACS), PubMed e *Medical Literature Analysis and Retrieval System OnLine* (MedLine) publicados nos idiomas português e inglês, e contendo descritores selecionados.

Dentre os três artigos introduzidos nesta revisão, dois são de caráter quantitativo, sendo ensaios clínicos randomizados e o outro é uma revisão de literatura. Os principais benefícios apontados

pelas pesquisas, mostraram que o uso de 30 a 60 minutos de sessão de musicoterapia, pode reduzir o fator de estresse de pais de prematuros, dor pré e pós-natal, e proporcionar melhora no quadro de variabilidade cardíaca.

Para a produção desta revisão integrativa, foi aplicado as seguintes fases:

1. Identificação ou elaboração de uma questão norteadora: Consiste na criação de uma pergunta, de forma clara, objetiva e específica, seguida pela busca de palavras-chaves relacionadas a um raciocínio teórico.

Neste estudo a dúvida identificada e levantada foi “A musicoterapia/intervenção musical podem reduzir o estresse de pais de bebês pré-termos?”. Os descritores/palavras-chaves, em português e inglês, usadas para a pesquisa foram “música”, “musicoterapia”, “pais”, “estresse”, “music”, “music therapy”, “stress”, “premature” e “mother”.

2. Busca na literatura: Nesta etapa é realizado uma pesquisa das bibliografias, com ferramentas de buscas, e depois uma seleção, determinada por critérios de inclusão e exclusão, estipulados de acordo com o interesse da procura, necessitando de transparência para que propicie a profundidade, qualidade e confiabilidade na escolha. Previamente, no primeiro semestre de 2019, foi optado pela procura de artigos científicos disponibilizados como publicações eletrônicas *on-line* na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), dispendo de duas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed, que é oferecido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, e a *Medical Literature Analysis and Retrieval System OnLine* (MedLine); se aplicando nelas os descritores previamente escolhidos na fase um do processo. O parâmetro de apuração empregado, para inclusão e exclusão dos artigos na revisão integrativa, deu-se pela leitura dos resumos e o título do trabalho, delimitando pelas especificações instituídas, que são:

- a) conter as principais palavras-chaves designadas inicialmente;
- b) retratar o estresse e ansiedade dos pais pré-natal e/ou pós-natal;
- c) publicações na língua portuguesa ou inglesa, com resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas;
- d) abordar a musicoterapia como tática terapêutica na redução dos pais de bebês pré-termos;
- e) publicação disponível na íntegra do acervo escolhido, no caso Lilacs, Pubmed e Medline.

3. Categorização dos estudos selecionados: Constitui-se na extração de informações dos artigos selecionados, com intuito de sintetizá-las e reuni-las, com o objetivo de organizar e

sumarizar os dados de maneira concisa, formando um banco de materiais de fácil acesso e manipulação.

4. Análise e avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão: Durante esta etapa se busca analisar e avaliar, de forma crítica, os dados extraídos, a fim de validar a revisão. Estudiosos apontaram as principais questões como instrumento para a realização da investigação da pesquisa, aplicadas neste estudo. O instrumento compreende a questão da pesquisa e o porquê de sua relevância, a adequação da metodologia, a hipótese criada para solução do problema, e objetivo do artigo produzido.

5. Interpretação dos resultados: comparar e fundamentar os artigos selecionados, fundamentando o conhecimento teórico com a avaliação da sua aplicabilidade. Após a análise dos artigos selecionados que atenderem aos critérios de inclusão, foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos: título do artigo; identificação dos autores; objetivo(s) do estudo; resultados e conclusões/recomendações.

6. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento: Abordagem do documento elaborado de maneira objetiva e completa, apresentando as evidências encontradas, permitindo o leitor avaliar criticamente os resultados e facilitando a comparação dos estudos.

Para a realização deste estudo, foram incluídos três artigos, na qual todos foram disponibilizados no idioma inglês, com nacionalidades diferentes, sendo elas Brasil, Estados Unidos da América (EUA) e Taiwan. Dentre os artigos escolhidos, um possui autoria de um enfermeiro, um de uma psicóloga e o último de uma musicoterapeuta. Os anos de publicações de dois dos trabalhos ocorreram em 2018 e um no ano de 2006. Já os países de publicação foram feitos no continente americano e asiático, sendo cada artigo publicado em um país diferente, citados anteriormente. Dentre os três artigos selecionados, dois são ensaios clínicos randomizados e um é uma revisão narrativa de literaturas. A *Tabela 1* apresenta a síntese das publicações incluídas nessa revisão integrativa (ANEXO 1).

A hospitalização de um bebê pré-termo é um processo estressante e de muita preocupação, principalmente para os pais que vivenciam este momento⁹. Essa apreensão em excesso contribui na evolução de complicações da saúde mental dos indivíduos, podendo gerar transtornos e doenças, como a depressão, estresse, ansiedade².

Os artigos analisados propõem o uso da música como uma intervenção terapêutica, visto que se observou a redução do estresse de pais de bebês pré- termos. Outro ponto relevante é que a música se configura como uma técnica útil, de baixo custo e efetivo na redução do estresse/ansiedade de pais.

O uso da música pode ser considerado como uma intervenção segura e potente, proporcionando a estabilidade nos estados emocionais e comportamentais da mãe da criança.

É relevante considerar que a ansiedade está relacionada também a baixos índices de VFC, podendo propiciar uma condição patológica, que reduz a capacidade cardíaca. Deste modo, assim como na diminuição da tensão dos pais, foi identificado, em um ensaio clínico randomizado, que a musicoterapia também influencia positivamente sobre o controle autônomo da frequência cardíaca (FC), ajudando na prevenção de doenças cardiovasculares.

Por meio de um ensaio clínico randomizado demonstrou que além de melhorar a ocorrência de ansiedade pós-natal, a música como terapia integrativa complementar, atuou de forma favorável no controle da dor durante o parto da mãe.

Em relação a preferência musical, alguns autores descreveram que para um tratamento fundado no relaxamento, foi pedido que as próprias mães optassem pelas músicas preferíveis, dentre vocais ocidentais e canções de ninar instrumentais, que mais lhe agradavam.

Os estudos apontaram que as sessões de musicoterapia costumaram ter uma duração variando de 30 a 60 minutos.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

É possível observar que a música é uma estratégia com efeito positivo na redução de estresse de pais de bebês pré- termos. Também, obteve influência efetiva no quadro cardíaco dos pais e na redução da dor do parto das mães. Diante destes resultados é sugerido uma intensificação do uso da música em UTIs neonatais como terapia integrativa para pais de prematuros.

Com o suporte dos artigos selecionados e analisados, foi possível atingir o propósito da pesquisa, esclarecendo que a música possui efeito benéfico, servindo de método na diminuição do estresse de pais de bebês pré-termos, assim como na melhora do quadro cardíaco dos pais, prevenindo doenças cardíacas, e na dor durante o parto vaginal.

É importante evidenciar que o recurso diversificado é acessível pelos hospitais e clínicas, por possuir baixo custo e facilidade de aplicação, característica considerável pela ampla eficiência que a musicoterapia pode ocasionar e prevenir.

Com todos estes resultados, é sugerido um maior olhar dos profissionais da saúde e estudiosos para que o uso da música nas UTIs neonatais, possa ser utilizada como técnica de tratamento que se refere diretamente na vida e na saúde dos pais envolvidos, durante o período de internamento do filho(a) prematuro.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs

Contributo para a questão de revisão:

- A música como intervenção terapêutica complementar, possui efeito benéfico atuando no controlo da dor, durante o TP.
- Para que a música tenha efeitos benéficos e conduza ao relaxamento, deve ser tida em conta a preferência e agrado da utente.
- A música, como intervenção terapêutica, constitui um recurso de fácil acessibilidade e aplicação, para além de possuir um baixo custo.
- Dados os benefícios e eficiência, desta intervenção terapêutica, é sugerido que os enfermeiros integrem a música na sua prática de cuidados diária.

Artigo n.º 11 – “The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study.”

Título da Revisão: Cuidar com Música - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do bem-estar da mulher, no trabalho de parto: uma *Scoping Review*.

Questão: Quais as vantagens do uso da música, como cuidado, no trabalho de parto, na perspectiva do EESMO/ Parturiente?

Objectivo: Mapear a evidência científica sobre as vantagens do uso da música, como cuidado, no decorrer do trabalho de parto.

Critérios de Inclusão (PCC)

População: EESMO ou Parturiente

Conceitos: Música; Dor no Trabalho de Parto; Trabalho de Parto; EESMO

Contexto: Bloco de Partos

Autor/es:

Patrycja Guzewicz

Matylda Sierakowska

Guzewicz, P. & Sierakowska, M. (2022). The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional. *International Journal of Environmental Research & Public Health Study*, 19, ID 15824, p. 1-16.

Ano da Publicação: 2022

País de origem: Polónia

Objetivos: // aims, goals, objectives:

Examinar o nível de conhecimento e opinião das parteiras sobre posições verticais e outros métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto; perceber a frequência do seu uso e motivos do seu abandono, por parte das parteiras; conhecer a opinião das parteiras sobre a relação entre a organização do trabalho na sala de parto, a qualidade da relação estabelecida com a paciente e a participação do acompanhante, no decorrer do parto normal; e determinar a relação existente entre antiguidade e escolaridade, satisfação no trabalho, *burnout* e autoeficácia, e o uso de posições verticais e outros métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto.

Metodologia/métodos e Fontes de pesquisa utilizadas:

A investigação foi endereçada a parteiras com trabalho efetivo em salas de parto, em unidades de saúde na Polónia. O grupo de estudo foi composto por 135 parteiras – 134 mulheres e 1 homem, de origem polaca.

A pesquisa transversal foi realizada entre fevereiro e abril de 2022, por meio de pesquisa online criada no software Google Form. O convite para participação, no estudo, foi enviado através das redes sociais. As respostas dos entrevistados foram registadas na plataforma Google que utilizavam. A participação no estudo foi de carácter voluntário, anónimo e qualquer participante poderia desistir do estudo, a qualquer momento. O método de amostra por conveniência foi utilizado para obtenção dos dados.

A pesquisa utilizou o método de levantamento diagnóstico, utilizando as seguintes ferramentas de pesquisa:

- Questionário elaborado pelo autor do estudo (25 questões), contendo dados referentes ao uso de posições verticais e outros métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto, fatores relacionados ao comportamento da parturiente durante o parto, autoavaliação do preparo da parteira para a utilização das posições verticais e métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto e dificuldades na sua utilização;

- Escala de Autoeficácia Generalizada (GSES);

- Questionário de Burnout LBQ;

- Escala de Satisfação no Trabalho.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Declaração de Helsínquia e as Boas Práticas Clínicas em pesquisa. O Comité de Bioética da Universidade Médica de Bialystok, na Polónia, concedeu a aprovação ética para o estudo. A participação foi voluntária e os participantes foram informados sobre o projeto.

Características gerais do grupo em estudo:

A total of 135 midwives participated in the survey. The most representative group (over 44%) was people aged 22–30. More than half of the midwives surveyed (60%) had a master's degree.

The largest group of respondents was distinguished by short seniority, i.e., 0–5 years (35.6%), and the smallest group was midwives working 6–10 years in the profession (17.0%). Every second person completed a professional specialization. The examined midwives declared their own effectiveness (GSES), i.e., a general belief in the effectiveness in dealing with emerging difficulties and obstacles, on average at 30 points ($s = 3.3$), which indicates a high sense of self-efficacy.

The average level of burnout in the study group (LBQ), in the aspect of psychophysical exhaustion, was 18.1 points in the study group ($s = 5.9$), lack of commitment to relations with clients (patients) was 15.0 points ($s = 4.7$), sense of lack of professional effectiveness was 13.1 points ($s = 4.0$), and disappointment was 13.4 points ($s = 5.7$), which proves that the highest level of burnout occurs in the area of mental exhaustion, and the lowest in the category of disappointment and lack of professional effectiveness. After analyzing the overall assessment of job satisfaction (SPP), an average score of 4.7 points ($s = 1.0$) was obtained, which indicates a fairly high level of job satisfaction (Table 1).

1. *Use of Vertical Positions and Other Non-Pharmacological Methods of Relieving Labor Pain*

Among the surveyed midwives, as many as 77% declared that they use vertical positions in work with a patient giving natural childbirth. The most commonly used positions in practice are knee–elbow (69.6%), on all fours (44.4%), standing (43.7%), and sitting (40.7%). Virtually all respondents consider vertical positions as an example of a non-pharmacological method of relieving labor pain and confirm their beneficial effects on the course of natural childbirth (94.1%).

When analyzing other methods of relieving labor pain, half of the midwives admit that they do not use warm compresses (51.1%). About 3/4 of midwives use back massage as a method of pain relief for a pregnant woman (75.6%).

Aromatherapy is rarely used in the delivery room, every fourth midwife surveyed uses it often (15.6%) or sometimes (8.9%). Relieving labor pain with music is used by about half of the midwives surveyed (47.4%). The majority of respondents (85.2%) consider the methods of pain relief mentioned above to be effective.

Midwives in surveys also rated their degree of preparation for the use of vertical positions. On a scale from 1 to 5, almost 1/3 of midwives gave themselves 4 points (*I rather feel prepared*) (36.3%), and points 1–2 (*I do not have knowledge and skills—I rather do not feel prepared*) were given the least (1.5–11.1%).

The surveyed medical staff definitely appreciate the impact of the relationship between the woman giving birth and the midwife during the childbirth (97%). As the main reasons for not using pain-relief techniques at work, midwives mainly list disagreement on the part of colleagues (67.4%), management's lack of support (58.5%), shortages in specialized equipment (48.1%), and insufficient knowledge of the midwife (45.2%).

In the opinion of midwives, women giving birth have rather average preparation for childbirth (58.5%). The factors that most strongly affect the behavior of a pregnant woman in the

delivery room, according to the respondents are preparation of the pregnant woman (95.6%), previous experience of the midwife (83.7%), the presence of a loved one (79.3%), and cooperation with medical staff (76.3%). More than 70% of the surveyed midwives recognize the positive impact of the accompanying person on the course of childbirth (Table 2).

The midwives surveyed are of the opinion that in order to increase the use of non-pharmacological agents in the course of childbirth, more training on this subject should be organized for staff. A significant role would also be played by improving the equipment of hospitals with specialized equipment as well as increasing the number of staff in maternity wards.

3.3. Professional Status and the Use of Vertical Positions and Selected Non-Pharmacological Methods of Relieving Labor Pain

Midwives with a master's degree were slightly more likely (83 vs. 68%) to use vertical techniques during childbirth. When it comes to the use of specific positions, there are some statistically significant differences from the education of midwives—those with higher Education use the all four position more often, and those with undergraduate education the position on a chair

The frequency of use of individual non-pharmacological methods of pain relief during natural childbirth does not depend on the education of the midwife

Another analysis concerns the self-assessment of the degree of preparation of the midwife for the use of vertical positions, depending on the level of education. Due to the ordered nature of the answer to this question, the Mann–Whitney test was used to assess the significance of the differences between the two groups. The p -test probability values are below 0.05, which means that midwives with a master's degree rate their competence higher.

The level of preparation of women for childbirth is assessed similarly by both groups of midwives.

On the other hand, the role Of the accompanying person during childbirth is more appreciated by midwives with a master's degree

In the same way, an attempt was made to determine the relationship of seniority with the opinions of midwives regarding the use of vertical positions, as well as non- pharmacological pain-relief measures during natural childbirth. Seniority does not in principle differentiate the frequency of use of vertical positions, although it can be noted that they are slightly more often used by midwives with an average seniority: 6–10 and 11–20 years.

On the other hand, the views of midwives of different seniority on the occurrence of most of the indicated difficulties in the use of pain-relief techniques are different (Tables 4 and 5).

Midwives with shorter tenure indicate more difficulties, which may be due to their actual occurrence, or may be due to less experience in overcoming these difficulties.

The shorter the length of service, the more often the midwives indicated disagreement on the part of co-workers ($p = 0.02$) and the head nurse or the head of department ($p = 0.005$), lack of equipment, materials, and employees ($p = 0.02$) and practical skills ($p = 0.005$).

A relationship was shown between the opinion on the role of the accompanying person in childbirth and seniority of the surveyed midwives. A negative sign of the correlation coefficient shows that midwives working shorter hours attach greater importance to the influence of the presence of the accompanying person on the course of childbirth ($r_s = -0.19$; $p = 0.03$).

Seniority differentiates the opinion of the midwives surveyed about two factors that could increase the use of non-pharmacological pain-relief agents. Midwives working longer pay slightly less attention to the organization of training ($p = 0.02$), and they less often indicate the need to improve the equipment of delivery rooms ($p = 0.002$).

3.4. The Use of Vertical Positions and Other Non-Pharmacological Methods of Relieving Labor Pain and Job Satisfaction, Self-Efficacy, and Burnout

There were no statistically significant relationships between self-efficacy and job satisfaction and the use of vertical techniques ($p < 0.05$). However, a statistically significant relationship between the level of burnout and the use of vertical positions was demonstrated. In people who do not use vertical positions, the values indicating burnout are highest in the area of professional effectiveness ($p = 0.0001$), disappointment ($p = 0.0001$), and lack of commitment to customer relations ($p = 0.004$).

Subsequent results present a correlation analysis between self-assessment of preparation for the use of vertical positions and assessment of work (effectiveness, burnout, and satisfaction). The analyses allowed us to observe that the use of vertical positions is an important element of the work of midwives, because the assessment of skills in this area is significantly correlated with most measures determining the general attitude to work (the exception is the measure of psychophysical exhaustion).

It has been shown that the better the preparation for the use of vertical positions, the higher the assessment of self-efficacy ($r_s = 0.34$; $p = 0.0000$) and job satisfaction ($r_s = 0.26$; $p = 0.003$). The greater the burnout—especially for measures of disappointment and lack of professional effectiveness—the lower the self-esteem of preparation for the use of vertical positions ($r_s = -0.34$ and -0.38 ; $p = 0.0000$).

Subsequent results provide an assessment of the link between the use of non-pharmacological methods for pain relief in terms of self-efficacy, burnout, and job satisfaction.

There were no statistically significant relationships for most of the relationships considered, except for one of the forms of pain relief, namely back massage of pregnant women.

For this form of pain relief, there were negative correlations with the level of burnout ($p = 0.00$) (Table 6).

Resultados: Entre as parteiras que entraram no estudo, 77% utilizam posições verticais, no trabalho de parto. Quase todos os entrevistados consideram as posições verticais um exemplo de método não farmacológico de alívio da dor do parto; aqueles com mestrado sentiram-se mais preparados para sua utilização. O motivo mais comum para o abandono do uso dos referidos métodos não farmacológicos foi a discordância por parte dos colegas de equipa. Observou-se associação entre o uso de posições verticais e o nível de *burnout* e correlação significativa entre a preparação para o seu uso e avaliação de autoeficácia, *burnout* e satisfação no trabalho.

Interpretação desenvolvida pelos autores do artigo:

Tendo em conta os objetivos da investigação, é notório que as parteiras que participaram no estudo, especialmente as com mestrado, têm um conhecimento bastante bom acerca das posições verticais e, na sua prática, utilizam principalmente a posição joelho-cotovelo, de quatro, em pé ou sentado.

Entre outros métodos de alívio da dor durante o parto natural, na maioria das vezes, oferecem massagem e musicoterapia.

Os principais fatores que levam ao abandono do uso de diferentes posições e outros métodos de alívio da dor, são a falta de cooperação dos vários elementos da equipa, consentimento por parte dos órgãos de gestão, a falta de equipamentos necessários na sala de parto e a falta de habilidades por parte da parteira.

Os entrevistados apontaram a importância do treino no uso de posições verticais e outros métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Um maior nível de conhecimento e preparação para o uso de posições verticais está associado a uma maior avaliação de autoeficácia e satisfação no trabalho, e também está associado a um menor nível de *burnout*, especialmente para medidas de depreciação e falta de eficácia profissional. De acordo com esta investigação, as parteiras são da opinião que as mães que dão à luz estão, em média, preparadas para o parto. De grande importância é a preparação da gestante e a experiência prévia da parteira, e menos relevante é a presença de acompanhante durante o parto.

Este estudo mostrou a necessidade de introduzir mudanças na organização do trabalho da parteira. O papel de liderança em obstetrícia é de extrema relevância. Uma boa liderança faz com que as parteiras se sintam apoiadas e motivadas; cria condições de trabalho adequadas; e

permite-lhes aprofundar conhecimentos, independência profissional e oportunidades de autorrealização.

Nível de Evidência alcançado (se aplicável):

Level 4.b – Cross-sectional study

Contributo para a questão de revisão:

- O uso da música, como intervenção terapêutica, encontra-se entre os métodos mais oferecidos, pelas parteiras / EESMOs, como método de alívio da dor, durante o parto natural.

- As parteiras/ EESMOs que mais utilizam a música, como intervenção terapêutica, são as que possuem grau de mestrado.

- Os principais fatores que levam ao abandono do uso de diferentes posições e outros métodos alternativos para alívio da dor são: a falta de cooperação entre colegas de equipa, o consentimento por parte dos órgãos de gestão, falta de equipamento necessário na sala de parto e falta de formação/ qualificação por parte das parteiras/ EESMOs.

- O papel da liderança em obstetrícia é muito importante. Este estudo mostra a necessidade de introduzir mudanças na organização do trabalho da parteira/ EESMOs. Uma boa liderança faz com que as parteiras/ EESMOs se sintam apoiados e motivados; cria condições de trabalho adequadas; e permite-lhes aprofundar conhecimentos, independência profissional e oportunidades de autorrealização. Portanto, é necessário formar parteiras/ EESMOs e seus líderes, nesta área. Uma boa liderança constitui um elemento fulcral na construção do trabalho da parteira na sala de parto.

ANEXO II – Síntese de Registo de Atividades Práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	Nº
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	126
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	41
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	9
• Episiotomia/Episiotomy	18
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	33
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy	20
• Trabalho de parto/Labor	8
• Puerpério/Puerperium	10
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	106
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	110
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	18
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	80
Prática simulada/Simulated practice	
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Practice on episiorrhaphy, perineorrhaphy	X

Santarém, 29 de Dezembro de 2023

Estudante/Student Ara Filipa Rosado

Professor/Teacher Olimpia Cruz

Coordenador do Curso/The course coordinator Helicador