



Estágio com Relatório Final

Efeitos da Musicoterapia no alívio do *stress* durante o trabalho de parto

Beatriz Ribeiro Lopes

Viseu, novembro de 2022

Efeitos da musicoterapia no alívio do *stress* durante o trabalho de parto

Beatriz Ribeiro Lopes

Estágio com Relatório Final

Curso de Enfermagem de Saúde materna, obstétrica e ginecológica

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora
Manuela Ferreira

Novembro de 2022

Agradecimentos

Agradeço a todos que fizeram parte desta etapa da minha vida e para a qual contribuíram de forma especial. Assim, gostaria de dirigir os meus sinceros agradecimentos à Professora Doutora Manuela Ferreira, pelo apoio, pela compreensão e por todo o tempo que disponibilizou para que a realização deste relatório fosse possível.

Agradeço também às Enfermeiras especialistas Cristina Freitas, Margarida Albuquerque, Paula Graça, Catarina Amaral, Sandra Costa e ao Enfermeiro especialista Nuno Ferreira pela partilha de conhecimento e experiência, e por toda paciência que tiveram ao me orientar, assim como a força e incentivo que me deram para concluir esta minha jornada.

Um obrigado ao meu chefe António Pinto e aos meus colegas do Hospital Rainha Santa Isabel do serviço de pneumologia que me permitiram fazer as trocas de turnos necessárias para poder estar presente nas aulas e nos estágios necessários à conclusão de curso.

Obrigado a todos os meus amigos que sempre me motivaram em continuar e vencer esta etapa, em especial à Tânia Suhm, que me ajudou na tradução de alguns artigos.

Um agradecimento final ao meu namorado e à minha família, que a meu lado sempre demonstraram apoio incondicional em todos os momentos.

Agradeço, do fundo do meu coração, à minha avó materna, minha fonte inspiradora, exemplo de vida. A Ti, devo a minha paixão pela Enfermagem, a arte de cuidar o outro.

Um muito obrigado sincero!

Resumo

Enquadramento: O presente Relatório Final é o resultado da concretização do estágio profissional, cujo objetivo primordial é o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de especialista e grau de mestre em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Quanto à componente de investigação, estudou-se os efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto, dado que o stresse que a mulher pode sentir durante o trabalho de parto é sinónimo de sofrimento, comumente associado ao medo e à dor.

Objetivos: Analisar de forma crítica as atividades realizadas nos estágios para obtenção e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; mapear as evidências científicas sobre os efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto.

Metodologia: No âmbito do relatório, recorreu-se à metodologia descritiva e reflexiva, e para a componente investigativa, foi realizada uma revisão sistemática da literatura para identificar estudos relevantes a incluir e que dessem resposta aos critérios de inclusão definidos. Procedeu-se à pesquisa de estudos datados entre 2017 e 2022, nos idiomas português e inglês, com recurso às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: PubMed, CINAHL (EBSCO) e Web of Science.

Resultados: A realização dos estágios traduziu-se num aumento de ganhos de conhecimentos e competências, no contacto com a realidade da saúde da mulher, no mais variados contextos. À medida que se foi ganhando experiência, a prática passou a pautar-se mais pela proficiência. As pesquisas efetuadas, no âmbito da revisão sistemática da literatura, totalizaram 189 registos, dos quais três artigos cumpriram integralmente os critérios de seleção pré-definidos, cujas evidências científicas mostram que as mulheres dos grupos de intervenção com musicoterapia relataram ter recebido apoio positivo por parte dos enfermeiros ao longo de todo o trabalho de parto, o que, conjugado com os efeitos relaxantes da música, se expressou numa experiência muito positiva e satisfatória das mesmas. Ficou demonstrando que as intervenções com recurso à musicoterapia têm um efeito na diminuição da dor, ansiedade, stresse e analgesia.

Conclusão: A formação especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica permite cuidados à mulher/recém-nascido/família mais respeitosos, sendo esta tríade o foco da intervenção do enfermeiro. Neste âmbito, a promoção do conforto assume muita importância durante o trabalho de parto. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pode recorrer à musicoterapia, para a redução do stresse no trabalho de parto e da sensação dolorosa., melhorando a experiência de parto. Trata-se de um método não farmacológico, não invasivo, simples, de baixo custo, eficiente, seguro e que não tem efeitos colaterais.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Trabalho de parto; Stresse; Musicoterapia.

Abstract

Background: This Final Report is the result of the completion of the professional internship, whose primary objective is the development of skills for obtaining the title of specialist and the degree of Master in Maternal, Obstetric, and Gynecological Health. As for the research component, the effects of music therapy in reducing stress during labor were studied, given that the stress that women may feel during labor is synonymous with suffering, commonly associated with fear and pain.

Objectives: To critically analyse the activities performed in the internships to obtain and develop the competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing; to map the scientific evidence on the effects of music therapy in reducing stress during labor.

Methodology: The descriptive and reflexive methodology was used in the scope of the report, and for the investigative component, a systematic literature review was conducted to identify relevant studies to be included and which met the defined inclusion criteria. We searched for studies dated between 2017 and 2022, in Portuguese and English languages, using the following electronic database platforms: PubMed, CINAHL (EBSCO) and Web of Science.

Results: The completion of the internships translated into increased knowledge and skill gains, in contact with the reality of women's health in the most varied contexts. As experience was gained, practice became more proficient. The research carried out, within the scope of the systematic literature review, totaled 189 records, of which three articles fully met the pre-defined selection criteria, whose scientific evidence showed that the women in the music therapy intervention groups reported having received positive support from the nurses throughout labor, which, combined with the relaxing effects of music, was expressed in a very positive and satisfactory experience. It was demonstrated that interventions using music therapy have an effect on the reduction of pain, anxiety, stress and analgesia.

Conclusion: Specialized training in Maternal and Obstetric Health Nursing allows for a more respectful care to the woman/newborn/family, with this triad being the focus of nurses' intervention. In this context, the promotion of comfort is very important during labor. The Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing may use music therapy to reduce stress in labor and pain sensation, improving the birth experience. It is a non-pharmacological, non-invasive, simple, low-cost, efficient, safe method that has no side effects.

Keywords: Maternal and Obstetric Health Nursing; Labor; Stress; Music Therapy.

Sumário

Pag.

Introdução geral.....	15
I CAPÍTULO – Relatório da Componente clínica.....	19
1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional e pré-natal.....	21
2. Cuidar a Mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pós-Parto	25
3. Cuidar da mulher e do recém-nascido em situação de risco	35
4. Cuidar a mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pré-Natal.....	39
5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	43
6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	51
Considerações finais.....	55
II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação - Efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto.....	57
1. Justificação do estudo	59
2. Enquadramento teórico.....	61
3. Métodos.....	65
4. Resultados.....	69
Pesquisa e seleção dos estudos	69
5. Discussão	73
Conclusão.....	77
Referências bibliográficas	81

Lista de tabelas e quadros

	Pag.
Quadro 1. Experiências realizadas	51
Tabela 1. Critérios PI[C]OD	62
Tabela 2. Critérios de inclusão para a seleção dos estudos.....	62
Tabela 3. Dados extraídos dos estudos incluídos	63
Tabela 4. Identificação dos Artigos Científicos.....	67
Tabela 5. Análise do conteúdo informacional dos estudos.....	67

Lista de figuras

	Pag.
Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA	66

Introdução geral

O Estágio com Relatório Final contribuiu para a minha formação enquanto profissional, com aquisição de conhecimento aprofundado no domínio da Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMO). Assim este documento permite uma projeção, análise e avaliação das intervenções de enfermagem desenvolvidas, constituindo um instrumento de reflexão, com base nos objetivos definidos nos projetos de estágio, como forma de alcançar competências para um efetivo exercício autónomo na qualidade de EEESMO, bem como um instrumento para a reflexão de prática.

A obtenção do título de enfermeiro especialista engloba a aquisição de três tipos de competências: as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em ESMO, estas duas reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e, para além destas, também é necessário desenvolver competências académicas e de investigação para a obtenção do grau de mestre. Estas competências envolvem a aquisição de novos conhecimentos e mais profundos para a resolução dos problemas nos contextos mais complexos e multidisciplinares; a aplicação dos mesmos em investigação e desenvolvimento de novas aplicações ou ferramentas e comunicação desses mesmos resultados à comunidade científica e da sua área de especialização; a capacidade de atuação e reflexão sobre questões de responsabilidade ética e social e para uma aprendizagem contínua e autónoma ao longo da carreira (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

A OE emanou dois documentos no que concerne às competências que um enfermeiro especialista deve possuir. No Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista assevera que as suas competências envolvem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4744). Assim, compete aos Enfermeiros EESMO, tendo por finalidade uma situação de vida que exige ajuda externa, ajudar na

“mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe” (Collière, 1999, p. 290).

Neste contexto, referencia-se Meleis (2012), segundo a qual, a enfermagem tem um papel facilitador dos processos de transição (situações de continuidade ou descontinuidade nos processos de vida das pessoas), visando de estas sucedam numa lógica de saúde e perceção de bem-estar.

No que concerne às Competências Específicas do enfermeiro EESMO, enfatizam-se as intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, percebidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, compreendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, p. 13561), onde se integra a gravidez e o processo de parturição. Por conseguinte, o enfermeiro EESMO detém um papel crucial na prestação de cuidados e no estabelecimento de relação de ajuda a cada indivíduo (Mourato, 2015). Realça-se a figura da mulher como entidade a beneficiar dos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), devendo ser encarada como indivíduo único e holístico, em relação com outros (seus conviventes significativos) e com o meio social/ cultural/ económico/ político (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio). A OE reconhece o enfermeiro EESMO como o único profissional de enfermagem com competências técnicas, científicas e humanas para desenvolver e adequar “cuidados de enfermagem às reais necessidades individuais da mulher grávida/ casal, promovendo escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados” (Torgal et al., 2019, p. 18).

Mas para alcançar essa proficiência, o enfermeiro EESMO tem de saber conjugar o saber teórico com o saber adquirido na prática. Neste sentido, é preconizado que, nos estágios, se promovam experiências clínicas que proporcionem aos estudantes a utilização de conhecimentos e de técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a mulher/grávida/família durante o ciclo reprodutivo, com recurso a uma metodologia científica de trabalho. Por conseguinte, são objetivos deste relatório: avaliar os objetivos propostos nos projetos e a forma como foram atingidos, promover a capacidade de análise e crítica reflexiva, servir de instrumento de avaliação, dar conhecer os resultados da investigação realizada sobre os efeitos da musicoterapia no alívio do stresse durante o trabalho de parto. Da convergência da experiência prática desenvolvida na sala de partos, emergiu a inquietação que deu o mote a uma revisão sistemática da literatura que tem como objetivo mapear as evidências científicas sobre os efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto.

A pertinência deste tema justifica-se pelo facto de a ansiedade e stresse serem geralmente experimentadas durante o trabalho de parto e têm demonstrado efeitos adversos nos resultados da saúde materna e neonatal. O recurso à musicoterapia tende a reduzir os efeitos do stresse em diversas situações, sendo uma estratégia não farmacológica de baixo custo, facilmente acessível e tem uma elevada aceitabilidade por parte da parturiente (Lin et al., 2019). Tendo por base as evidências científicas da área e conjugando-se com a prática

adquirida ao longo do estágio na sala de partos, assumiu-se como pertinente a realização da revisão sistemática da literatura que permite, como referem Cunha e Santos (2021, p. 17), “a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa/qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”.

O presente documento encontra-se estruturado em dois capítulos: no I Capítulo - Relatório da componente clínica - faz-se a apresentação da organização estrutura e atividades relativas ao percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, ou seja, descrição e reflexão com base num referencial teórico de enfermagem, nos diferentes contactos clínicos: promoção da saúde da mulher, neonatologia, patologia da gravidez, sala de partos e puerpério, terminando com as considerações finais; no II Capítulo - Relatório Final da componente de investigação – tem lugar a revisão sistemática da literatura, onde se apresenta a justificação do estudo, o enquadramento teórico, material e métodos, os resultados e a sua discussão, bem como se apontam as principais conclusões e implicações para a prática clínica. O trabalho termina com as referências bibliográficas.

1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional e pré-natal

A promoção da saúde da mulher consiste na prevenção de doenças ginecológicas e na prevenção e na vigilância para uma gravidez saudável. No dia 29 de junho pelas 08:30h iniciei estágio de Promoção da saúde da mulher na Unidade de Saúde Familiar Terras de Azurara, em Mangualde, sob a orientação de Professora Doutora Manuela Ferreira.

No primeiro dia foi-me realizado o acolhimento na unidade e foi-me apresentada a enfermeira especialista, minha tutora ao longo deste campo de estágio, foi também definido o horário de estágio que faria no serviço, de acordo com o número de horas e de turnos definidos pela escola (24 horas semanais, que correspondem a três turnos de oito horas por semana) para o Curso de Metrado. Este estágio tem como objetivo desenvolver competências no rastreio, encaminhamento e cuidado da mulher e da grávida de forma a prevenir complicações a nível ginecológico e da gravidez.

Os primeiros dois dias de estágio foram essencialmente para observação e integração na dinâmica da unidade e nos restantes realizei consultas de planeamento familiar e saúde materna, na vigilância da gravidez sob a supervisão da enfermeira orientadora. Este estágio foi deveras enriquecedor, apesar das poucas experiências que pude presenciar, visto que as consultas marcadas não eram todas da minha área de formação. Relativamente à identificação da dinâmica organizacional e funcional do serviço, com especial atenção para o papel do Enfermeiro Especialista, logo no primeiro dia de estágio, depois de ter sido extremamente bem-recebida pela Enfermeira Especialista, minha Tutora, foi-me dada a conhecer a estrutura física, funcional, organizacional, recursos humanos e dinâmica da Unidade de Saúde Familiar Terras de Azurara. Julgo que me integrei na equipa com grande facilidade, estabelecendo uma relação empática e assertiva com os vários profissionais de saúde, o que contribuiu para o estabelecimento de um ambiente terapêutico, facilitador do processo de prestação de cuidados à mulher/casal/família. Assim, considero que fui bem-recebida, que fui integrada como membro da equipa nos cuidados, ficando totalmente esclarecida quanto à orgânica e funcionalidade do serviço. Saliento o à-vontade que me foi transmitido pela equipa de saúde, tendo sido esta atitude de extrema importância, dando-me mais motivação para um melhor desempenho da minha parte.

Durante o estágio pude verificar que a equipa de enfermagem da unidade é muito unida, apoiando-se sempre, o que permitiu com que pudesse seguir mulheres cuja

enfermeira de família não era a minha orientadora de estágio, dando-me a oportunidade de aprender muito mais. Penso que este estágio foi demasiado curto para o objetivo pedido (vigiar a gravidez de 100 mulheres) e também para nos proporcionar o máximo de experiências possíveis que poderiam ser vivenciadas caso o número de horas de estágio fosse superior, apesar do tempo escasso, pode adquirir várias competências.

Como já referi anteriormente, durante o estágio realizei consultas de planeamento familiar, onde orientei e informei as mulheres acerca da importância do rastreio ginecológico e a importância do autoexame da mama através da palpação da mesma, com o qual fiquei realmente preocupada pois durante as consultas percebi que as mulheres não realizam o autoexame da mama, e não lhe dão a devida importância, pelo que a aconselhei, incentivei a ensinei a fazer o autoexame da mama, dizendo que este são apenas 10 minutos durante o mês que podem contribuir para o diagnóstico precoce quer de patologia benigna quer de patologia maligna da mama, melhorando significativamente o prognóstico. Durante estas consultas também supervisionei e forneci pílula contracetiva, incentivando sempre a sexualidade de forma segura.

Também colaborei na realização das citologias para rastreio de cancro do coço do útero. É um exame muito simples e indolor, que consiste basicamente na recolha de células do colo uterino com a ajuda de uma espátula ou escova cervical, sendo este material colocado numa lâmina ou num meio líquido e analisado posteriormente por um citopatologista.

O exame deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexual ativa. De acordo com a DGS (2016, p. 6), o “rastreio do cancro do colo útero: citologia cervical nas mulheres com idade de início não antes dos 20 e não depois dos 30 anos e até aos 60 anos”.

A citologia do colo uterino analisa as células do colo do útero, revelando alterações inflamatórias, infeciosas e displásicas que podem ser as precursoras de neoplasias do colo uterino, da vagina ou mesmo da vulva e infeção por papiloma vírus humano (HPV).

É transmitido habitualmente por via sexual e provoca uma infeção frequentemente assintomática podendo desaparecer espontaneamente. Nalguns casos, a infeção é persistente, sendo a principal causa de cancro do colo do útero.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as vacinas conferem quase 100% de proteção contra o desenvolvimento de lesões pré-malignas provocadas pelos vírus dos tipos 16 e 18 em mulheres entre os 16 e os 25 anos. No entanto a vacina não protege contra a infeção por todos os tipos de vírus do HPV, pelo que não previne todos os casos de cancro do colo do útero.

Pude também aconselhar as mulheres sobre as mudanças corporais do climatério a apoiá-las nesta fase de transição. De acordo com Schumacher e Meleis (1994), a transição é um conceito de interesse para os enfermeiros. As propriedades universais das transições são um processo, uma direção e uma mudança nos padrões de vida fundamentais. A nível individual e familiar, as mudanças que ocorrem nas identidades, papéis, relações, capacidades e padrões de comportamento constituem transições. A nível organizacional, a mudança transitória é aquela que ocorre na estrutura, função ou dinâmica. As condições que podem influenciar a qualidade da experiência da transição e as consequências das transições são significados, expectativas, nível de conhecimento e competências, ambiente, nível de planeamento e de bem-estar emocional e físico. Os indicadores de transições bem-sucedidas são o bem-estar subjetivo, o domínio de papéis e o bem-estar das relações. Neste contexto, enfatiza-se que os enfermeiros desempenham um papel ativo no auxílio às transições, cujas intervenções devem ocorrer através da educação para a saúde, transmitindo conhecimentos específicos e esclarecer dúvidas. Neste contexto, e mais especificamente, o enfermeiro EESMO tem um papel muito relevante para capacitar a pessoa/família, fornecer-lhes todas as “ferramentas” necessárias para possam solucionar as suas dúvidas.

Durante o estágio realizei consultas de vigilância pré-natal onde orientei, informei, apoiei e aconselhei as mulheres grávidas de acordo com o trimestre de gravidez no qual se encontravam. Os cuidados prestados pelo enfermeiro EESMO nestas consultas são uma área fundamental nos cuidados à mulher, sendo significativamente importantes ao terem como foco as necessidades e preocupações maternas e no auxílio de uma transição saudável para o papel parental e na autonomia aos cuidados ao recém-nascido, bem como para assegurar a saúde global da mulher, independentemente da sua idade. A educação para a saúde é uma das principais funções de um enfermeiro especialista, devendo estar presente em todas as áreas de atuação. As oportunidades de educação para a saúde foram diversas e nelas procurei esclarecer e efetuar ensinamentos de forma personalizada, tendo em conta que o ensino na área do planeamento familiar tem um papel crucial.

Nas consultas de segundo e terceiro trimestres (8 grávidas) realizei a monitorização da altura do fundo uterino e da frequência cardíaca fetal, pois já era possível realizá-lo devido ao tamanho fetal. Houve uma situação de uma consulta do primeiro trimestre de uma grávida que me deixou bastante preocupada, pois na sua primeira ecografia obstétrica, o feto apresentava translucência da nuca. Roozbeh et al. (2017) definem a translucência da nuca, como a acumulação subcutânea de fluido atrás do colo fetal, pode ser efetivamente avaliada por uma investigação ultrassonográfica entre as 11 e as 13+6 semanas de gestação. A translucência da nuca foi descrita pela primeira vez em 1992 por Nicolaidis

como um marcador de anomalias cromossômicas fetais e especialmente a síndrome de Down. Desde o seu primeiro aparecimento no paradigma de rastreio pré-natal, muitos autores estudaram o valor da medida da translucência da nuca para a detecção de anomalias congênitas fetais e está agora bem estabelecido que uma translucência da nuca aumentada não está apenas associada a anomalias cromossômicas, mas também a uma vasta gama de defeitos estruturais e aberrações genéticas. A educação para a saúde realizada foi no sentido de esclarecer a grávida sobre a patologia, consciencializar para a tomada de decisão informada.

Excluindo este caso, todas as consultas realizadas no âmbito da vigilância materno-fetal se enquadraram no âmbito da gravidez normal e cumpriram o previsto pela DGS, sempre com todas as grávidas muito atentas ao que lhes era dito em todas as sessões de educação para a saúde individuais ou em grupo, independentemente do número de filhos que possuíam de gravidezes anteriores.

Neste estágio foi-me solicitado pela Enfermeira Especialista que revisse e atualizasse folhetos que a mesma e alunos do Curso de Licenciatura de Enfermagem tinham realizado anteriormente para distribuir às grávidas, assim como me pediu para realizar um folheto informativo sobre o primeiro trimestre da gravidez, focando-me os temas dos sinais e sintomas no primeiro trimestre da gravidez e na toxoplasmose, um desafio que abracei com entusiasmo, pois constituiu-se numa forma de aprofundar conhecimentos e poder partilhá-los com as grávidas. A realização deste folheto configurou-se como um processo que me ajudou a orientar a prestação de cuidados de saúde de forma eficaz e adequada, mais realista e significativa para as mulheres grávidas/casal.

Este estágio foi deveras importante para o meu crescimento como futura enfermeira mestre em SMOG.

2. Cuidar a Mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pós-Parto

O puerpério inicia após o parto até às seis semanas que o sucedem, sendo um período de adaptação para a díade que passa a tríade. Ocorrem alterações, a nível psicológico, sabendo que a puérpera passa também por um processo de alterações físicas, com o seu corpo a retornar ao que era antes do início da gravidez, claro que este período, é um período delicado em que tanto a puérpera, como o progenitor masculino e o recém-nascido precisam de apoio a nível físico e psicológico de modo a que este processo de adaptação seja facilitado para todos os elementos da tríade. As transições podem ser definidas como de desenvolvimento, de situação, de saúde/doença e organizacionais. Ocorrem devido a um evento significativo ou “ponto de viragem” e exigem novos padrões de resposta ao nível das capacidades, relações e papéis. Acontecem num determinado período de tempo e de forma dinâmica ao longo do tempo, dependendo da natureza da mudança e da forma como influencia outras dimensões da vida da pessoa. São complexas, multidimensionais e regidas por princípios gerais, apesar das evidentes diferenças em relação ao ponto do ciclo vital em que acontecem. Meleis (2012) debruçou-se sobre o alcance de uma série de experiências de transição, incluindo a da mulher se tornar mãe. Ao longo do tempo, as suas descobertas têm permitido o desenvolvimento de uma teoria explicativa de médio alcance sobre os processos de transição, a qual permite descrever, compreender, interpretar e explicar os fenómenos específicos da enfermagem que emergem da prática. Esta teoria constitui-se por três domínios: natureza da transição, condição da transição e padrões de resposta face à transição, permitindo-nos planear e implementar os cuidados individualizados a cada situação (Meleis, 2012).

No dia 1 de março pelas 9h iniciei estágio de puerpério no Hospital Dr. Manoel Constâncio, inserido no Centro Hospitalar Médio Tejo. Este estágio decorreu sob a orientação de Professora Doutora Manuela Ferreira.

No primeiro dia foi-me realizado o acolhimento ao serviço e foi-me apresentada a enfermeira tutora, bem como foi também o horário de estágio que faria no serviço, de acordo com o número de horas e de turnos definidos pela escola (24 horas semanais, que correspondem a três turnos de oito horas por semana) para o curso de Mestrado.

Tinha como objetivo o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher e do recém-nascido normal e de risco, cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, dando apoio no

processo de transição e adaptação à parentalidade, fazendo vigilância e cuidados a 100 puérperas normais.

O serviço de puerpério em Abrantes apresenta 18 quartos com 2 camas, cada um deles, e dois quartos individuais, sendo que do quarto 1 ao 4 é destinado às mulheres com patologias de Ginecologia, e os quartos individuais destinados às mulheres com patologia materno-fetal, pelo que os restantes são destinados ao puerpério. A equipa adota o método individual de trabalho, pelo que cada enfermeira é apenas responsável pelas utentes entregues aos seus cuidados.

Os primeiros dois dias de estágio foram essencialmente para observação e integração na dinâmica do serviço e nos restantes fiquei com puérperas e recém-nascidos atribuídos aos meus cuidados, sob a supervisão de Enfermeira tutora.

O puerpério é extremamente importante, pois é o serviço da vigilância à díade, à sua adaptação e aprendizagem. O primeiro impacto ao trabalhar num serviço de puerpério é o cuidar não apenas de um cliente, mas de dois, é o passar de uma única pessoa para cuidar de uma díade, o que torna o processo muito mais trabalhoso, porém muito mais gratificante.

As puérperas depositam muita confiança nos profissionais de saúde, esperando que estes as ajudem e apoiem no cuidar do seu recém-nascido, pois estas não sabem o que fazer, apesar desta confiança depositada em nós ser uma enorme responsabilidade pois temos que as ajudar e ensinar a cuidar do seu filho que acabou de nascer, é também uma enorme honra e privilégio. Durante o tempo em que estive a estagiar apesar de curto, foi muito enriquecedor, pois adquiri competências e alcancei objetivos.

Como referido anteriormente, o apoio à mulher e ao recém-nascido após o parto é deveras importante, pois a informação facultada pelos profissionais de saúde neste serviço é crucial. Ao longo do estágio informei e orientei 101 puérperas acerca do crescimento e desenvolvimento do seu bebé, pois, de acordo com a teoria do desenvolvimento da criança de Jean Piaget, durante o período sensório motor (dos 0 aos 2 anos), corresponde ao período onde o domínio dos movimentos e percepções é fundamental e o desenvolvimento físico é acelerado. Segundo o mesmo autor, é importante informar a puérpera e incentivá-la a falar com o recém-nascido, uma vez que este reconhece a voz humana, tendo preferência pela voz materna; informar também que, no final do primeiro mês, é capaz de levantar a cabeça e explicar que este nasce com o reflexo de agarrar. É também essencial informar a puérpera acerca dos sinais de alarme que o seu filho pode apresentar, como temperatura superior aos 38°C, prostração, gemido e irritabilidade, assim como recusa a alimentar-se, apresentar o tom de pele pálido, ou cianosado, e sinais inflamatórios ao redor com cordão umbilical.

Claro que durante esta fase é necessário também esclarecer a puérpera acerca da contraceção que pretende no pós-parto, a qual, segundo a minha experiência e também aquela que é aconselhada pelos médicos obstetras, é a pilula de amamentação, pois contém apenas progesterona, uma vez que as pílulas que na sua composição apresentam progesterona e estrogénio estão associadas a uma diminuição da produção e alteração da qualidade do leite materno.

De forma progressiva desenvolvi as minhas atividades sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar. Desde o primeiro dia de estágio procurei participar nos cuidados prestados à puérpera e ao recém-nascido, de acordo com a dinâmica e as rotinas do serviço. Senti-me rapidamente integrada no serviço, o que se deveu sobretudo ao acolhimento que me foi feito pela equipa de enfermagem, transformando-se num sentimento de grande motivação e com que este estágio se tornasse deveras enriquecedor. A integração na equipa multidisciplinar pautou-se pelo progressivo estabelecimento de uma relação de empatia e de reciprocidade. De forma gradual fui-me tornando mais autónoma, no entanto, sempre que surgiram dúvidas solicitei a presença ou opinião da enfermeira tutora ou de outra enfermeira. O sucesso dos cuidados prestados à puérpera/recém-nascido/família depende do trabalho em equipa, tendo sido essencial a minha integração na mesma. Deste modo, constatei que a comunicação é o fator chave, tendo estabelecido uma comunicação efetiva entre todos os membros da equipa, com a finalidade de proporcionar cuidados humanizados à puérpera/recém-nascido/família. Procurei sempre respeitar o seu estado físico e emocional da puérpera, estando sempre atenta às suas manifestações verbais e não verbais, demonstrando respeito pela sua privacidade. Constatei que a nossa disponibilidade, o nosso incentivo e os nossos ensinamentos/treinamentos podem reduzir a ansiedade da puérpera e dar-lhe mais autoconfiança, no sentido da independência no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido.

Segundo Meleis (2012, p. 10), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. Como tal, define o “cliente” de enfermagem como um ser humano em interação contínua com o ambiente em que se insere, no qual se operam transições ecológicas constantes. A transição para a parentalidade, neste caso, compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação da puérpera à sua nova condição de mãe. Ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar esta nova situação, particularmente quando se trata do primeiro filho, poderá apresentar desajustamentos. Por conseguinte, cabe-nos levar a puérpera a ajustar-se ou adaptar-se à nova situação, fornecendo-lhe informações e ensinamentos de qualidade.

Para apoiar as puérperas, é necessário um conhecimento científico e técnico aliado ao cuidado afetivo e humanizado durante o internamento. Cada puérpera necessita de ser

abordada integralmente, tendo em consideração não apenas o corpo biológico, mas estendendo o cuidado para além da avaliação física, informando-se a mulher que o nascimento de uma criança representa e que acarreta mudanças a todos os níveis (De Oliveira et al., 2019).

Além disso, de acordo com Gilmer et al. (2016), a educação da puérpera baseia-se no pressuposto de que, quando esta estiver provida com o novo conhecimento, reduzirá as suas dificuldades e promoverá mudanças positivas nas suas atitudes e, finalmente, no seu comportamento. Essas mudanças positivas no comportamento apoiarão o objetivo geral de as ajudar no seu autocuidado e nos cuidados ao recém-nascido. Certamente, ainda de acordo com os mesmos autores, a educação da puérpera também é utilizada para criar benefícios além de simplesmente educá-la (por exemplo, desenvolver um relacionamento de confiança com o enfermeiro), mas o foco principal dessas iniciativas está em fornecer informações e instruir as mulheres para uma harmoniosa transição para a parentalidade.

Ao longo do estágio tive também a oportunidade de aconselhar, informar e orientar as puérperas acerca do processo de amamentação, pelo que aos meus cuidados apenas 15 puérpera escolheram não amamentar apesar de informadas acerca de todos os benefícios do aleitamento materno, e 20 não conseguiram amamentar sem suplementação de leite adaptado, as restantes amamentaram, sendo que 40 tiveram dificuldade em colocar o recém-nascido á mama, e duas puérperas quase desistiram de amamentar, uma por maceração do mamilo devido á pega incorreta do recém-nascido e a segunda puérpera por mastite.

Apesar de por vezes puérperas apresentarem dificuldades no processo de amamentação, o aleitamento materno é realmente importante, segundo a UNICEF é um alimento vivo, completo e natural, pois o leite materno previne infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e ajuda a que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, podemos referir também a importância do aleitamento materno na prevenção da diabetes e de linfomas.

O aleitamento materno também traz vantagens para a mãe como facilita uma involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama. E claro promove o laço afetivo entre a díade. Apesar do aleitamento materno trazer todas estas vantagens, continua a ser uma escolha da puérpera, sendo função do enfermeiro EESMO apenas informar, pois a mulher é livre para escolher de acordo com a informação que recebe.

O aleitamento materno é a melhor forma de nutrição para o bebê, uma vez que fornece os nutrientes de que este necessita para crescer e desenvolver-se e ajuda-o a combater infeções durante a infância. O aleitamento materno é recomendado em todo o mundo como a melhor fonte de nutrição e hidratação para os bebés. Além disso, o aleitamento materno protege os bebés contra certas infeções e outras condições na primeira infância. Qualquer quantidade de leite materno é protetora, mas quanto mais tempo durara a amamentação, maiores são os benefícios quer para o bebê, quer para a mãe. Os bebés que são amamentados exclusivamente durante pelo menos 6 meses têm menos probabilidades de desenvolver: infeções gastrintestinais, infeções dos ouvidos e infeções respiratórias, doenças intestinais inflamatórias, Síndrome da morte súbita infantil, asma e sibilância e leucemia infantil (OMS, 2009). Recomenda o aleitamento materno exclusivo durante pelo menos 6 meses. Exclusivo significa apenas amamentação com leite materno, sem água ou quaisquer outros fluidos ou sólidos. O mesmo organismo preconiza que a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido configura-se como fator protetor no combate contra a mortalidade neonatal e o enfermeiro EESMO tem papel primordial neste processo.

Possuidor de múltiplas vantagens, o aleitamento materno na primeira hora de vida e após este período temporal é um fator “biopsicossocial para as puérperas, devido ao seu processo fisiológico”, cuja “produção do mesmo é estimulada logo após a saída da placenta, que faz diminuir os níveis de estrógeno/progesterona e aumenta a prolactina, incitando a produção do leite pelas glândulas mamárias” (Alves & Almeida, 2020, p. 102).

Apesar dos seus reconhecidos benefícios, a prática do aleitamento materno, na maioria dos países, está ainda abaixo do recomendado pela OMS (Santos et al., 2021), que recomenda colocar os recém-nascidos em contacto direto com as suas mães imediatamente após o nascimento por pelo menos uma hora e encorajar a mãe a iniciar o aleitamento materno logo que o recém-nascido esteja pronto, oferecendo ajuda se necessário. Esta recomendação baseia-se no facto de o recém-nascido ter mais forte aptidão em procurar espontaneamente a zona dos mamilos e iniciar o aleitamento materno durante este período, contribuindo para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

Como tal, e tendo em conta que a amamentação na primeira hora de vida deve ser implementada na rotina do ambiente hospitalar, em decorrência dos seus efeitos benéficos ao nível da “proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e conseqüente redução dos índices de mortalidade neonatal” (Santos et al., 2021, p. 10), o enfermeiro EESMO, pelas competências profissionais que detém na área da Enfermagem Neonatal, com demonstração da capacidade no assistir a mulher e o recém-nascido inseridos na família e na comunidade durante o período neonatal, no sentido de potenciar a saúde do recém-

nascido e da puérpera, deve conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido.

A OMS/UNICEF (2017) recomendam claramente que seja promovida a amamentação na primeira hora de vida, uma prática a ser incluída na rotina das instituições de saúde, tendo em conta os seus efeitos benéficos relacionados a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e, conseqüentemente, a minimização das taxas de mortalidade neonatal. Ainda que a amamentação seja um processo natural e a maneira mais adequada de alimentar o recém-nascido, a OMS (2018) salienta que muitos profissionais de saúde persistem em práticas como a separação da mãe do seu filho após o parto, atrasando a primeira mamada, em casos que não existe qualquer contraindicação para o aleitamento materno. Estas práticas, segundo a mesma entidade, são consideradas inapropriadas e influenciam negativamente no início da amamentação, bem como podem levar ao aumento significativo do risco de um desmame precoce.

Desde 1991, a OMS e a UNICEF promoveram a iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), como estratégia para motivar as maternidades e hospitais com serviços orientados para os recém-nascidos, para a implementação dos denominados Dez passos para o sucesso da amamentação. A partir dessa data, as instituições de saúde que comprovem a sua total adesão aos Dez Passos, suportadas nas indicações da Assembleia Mundial de Saúde, passaram a denominar-se de “Amigas dos Bebés” (OMS, 2018). Neste âmbito, faz-se referência à revisão sistemática da literatura de Pérez-Escamilla et al. (2016), cujo objetivo consistiu em mapear as evidências científicas sobre a influência da IHAB ao nível do sucesso da amamentação. Os estudos considerados possibilitaram aos autores concluir que a adesão a esta iniciativa aumenta consideravelmente as taxas de amamentação, designadamente em relação à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, amamentação materna exclusiva e sua duração. O mesmo estudo concluiu que o máximo cumprimento, dentro dos possíveis, dos Dez Passos, assume-se com preditor de maior probabilidade de as mulheres iniciarem precocemente a amamentação, prolongar a amamentação.

Quando a OMS lançou a filosofia da IHAB, a UNICEF Portugal liderou todo o processo de acreditação dos Hospitais Amigos do Bebê (UNICEF Portugal, 2017), o que levou à criação da primeira Comissão Nacional para o efeito, constituída por representantes do Ministério da Saúde/DGS, assim como da OMS, da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança e da UNICEF. Todavia, de acordo com a unanimidade em ampliar a outras unidades a IHAB (Agrupamentos de Centro de Saúde, universidades, empresas), em 2016, a referida comissão assumiu a designação de Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés. Decorrente da reunião que ocorreu em 2016, em Genebra, pela UNICEF/OMS,

acerca do aleitamento materno, do relatório do *World Breastfeeding Trends Initiative* (WBTi) e da Estratégia Global para a Alimentação dos Lactentes e Crianças Pequenas, uma diligência da Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés, tendo como parceiro o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde Portuguesa, em 2017 constituiu-se o grupo de trabalho para a alimentação de lactentes e de crianças pequenas para corroborar as “políticas de saúde nestas matérias, (...) e tem enfoque na manutenção do aleitamento materno, na sua articulação com a Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés-Portugal, e na integração com todos os programas nacionais de saúde e orientações relacionadas com a alimentação infantil incluindo a vigilância do cumprimento do Código Internacional de *Marketing* de Substitutos do Leite Materno” (UNICEF Portugal, 2017, s.p.).

As evidências atuais documentam que um grande número de recém-nascidos não é amamentado na primeira hora após o nascimento (Cadwell et al., 2018), apesar de serem reportadas cada vez mais os seus benefícios quer para o recém-nascido, quer para a mãe. Silva et al. (2018), no seu estudo com enfoque transversal, com uma amostra constituída por 244 púerperas internadas no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas, no Recife, Brasil, constataram que a taxa de amamentação na primeira hora de vida foi apenas de 28,7%. Todavia, Beyene et al. (2017), num estudo de corte transversal revela que as mães na Etiópia cujo parto ocorre no domicílio iniciam precocemente a amamentação, sendo que mulheres que pariram em maternidades eram menos propensas a amamentarem logo após o parto.

Mais de quatro milhões de bebés morrem no período neonatal todos os anos e a maioria destas mortes ocorre nos países mais pobres. Quanto maior for o atraso no início do aleitamento materno, maiores são as probabilidades de mortalidade neonatal causada por infeções. O aleitamento materno na primeira hora de vida tem demonstrado reduzir a elevada mortalidade neonatal em 22% (Patyal et al., 2021). De acordo com os mesmos autores, durante este período sensível, o efeito protetor da amamentação ministrada por colostro pode estar relacionada a uma gama de mecanismos que incluem a colonização intestinal por bactérias específicas encontradas no leite materno e a capacidade do leite materno para produzir fatores imunitários bioativos adequados para o recém-nascido. A Iniciativa Amiga dos Bebés da OMS recomenda a colocação do recém-nascido em contacto pele a pele com as suas mães imediatamente após o nascimento durante pelo menos uma hora e ajudar as mães a reconhecer quando os seus bebés estão prontos para amamentar. Esta ajuda às mães no início da amamentação corresponde ao quarto passo desta iniciativa. A OMS/UNICEF (2017) defendem que não importa onde um recém-nascido dê o seu primeiro suspiro, o desejo de dar a esse bebé o melhor começo de vida é universal. O

melhor presente que uma mãe pode dar ao seu bebê é o presente da saúde, a dádiva de saúde pode ser dada ao bebê através de uma amamentação precoce e adequada. Todavia, como documentam Patyal et al. (2021), a nível mundial, apenas 2 em cada 5 recém-nascidos são amamentados na primeira hora de vida. Por conseguinte, iniciar a amamentação precocemente é uma intervenção baseada em evidências científicas para melhorar a sobrevivência neonatal.

Podemos dizer que o puerpério além de um serviço de vigilância no pós-parto é também um serviço de adaptação e transição para a parentalidade e apoio a essa mesma adaptação, pois muitas das puérperas são primíparas sem nenhuma experiência no cuidar de um recém-nascido, pelo que têm muitos receios nos autocuidados dos seus bebês, mesmo múltíparas têm por vezes esses receios, e é responsabilidade do enfermeiro EESMO apoiá-las, ensiná-las e dar-lhes a confiança que as mães necessitam.

Ao longo do estágio verifiquei concluir que as primíparas com idades superiores a 35 anos apresentavam mais dificuldades e mais medos em cuidar do seu recém-nascido do que as primíparas com idades inferiores aos 35 anos. Após os 35 anos ocorre uma diminuição da capacidade reprodutiva, tanto em homens como em mulheres. A partir deste período as células sexuais femininas sofrem uma diminuição significativa e progressiva, motivando por esse motivo um declínio na fertilidade (Gomes et al., 2008).

Durante o estágio tive a oportunidade de vivenciar várias experiências, no entanto, houve uma situação que não se apagará da minha memória. Num turno da manhã, após realizar ensinamentos e cuidados de higiene ao recém-nascido, a puérpera encaminhava-se para a enfermaria com o seu filho nos braços quando um baque se fez ouvir, a puérpera deixara cair o seu recém-nascido ao chão. Esta foi de imediato encaminhada à enfermaria, onde se prestaram cuidados e suporte emocional à mesma e o recém-nascido foi erguido do chão e observado de imediato pelo pediatra que o encaminhou para o serviço de Neonatologia.

Os pontos fracos que poderei apontar na realização deste estágio são o facto de ter duas enfermeiras tutoras no início, o que causou alguma confusão na aprendizagem de certos conteúdos, visto que as duas, por vezes, tinham opiniões diferentes acerca do mesmo tópico. Todavia, tudo se resolveu, na medida em que tentei adaptar o meu horário ao horário de apenas uma das enfermeiras tutoras, colmatando, assim, os sinais de dúvidas sobre os conteúdos. Outro ponto fraco diz respeito a algumas lacunas no meu conhecimento, o que se resolveu através de trabalho de pesquisa, estudo e perseverança. Outro facto que também vejo como ponto fraco refere-se ao curto tempo de estágio neste serviço, penso ser pouco para podermos adquirir de forma mais aprofundada experiências e conhecimento sobre o puerpério. Não obstante, considero que as experiências realizadas

me permitiram alcançar as Competências Específicas do enfermeiro EESMO “3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (...); 3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019, p. 13563).

Ao longo do estágio prestei cuidados individualizados a cada mulher/ Recém-nascido, tendo em atenção as suas crenças, valores e rede social de cada mulher. Foi crucial identificar as necessidades reais de cada mulher e intervir de forma individualizada facilitando assim a amamentação e a adaptação à maternidade. Ainda relativamente ao aleitamento materno, logo no primeiro contacto com cada mulher foi importante colher informação sobre o conhecimento que a mulher tem relativamente à amamentação, o desejo que tem em amamentar e as expectativas em relação ao processo de amamentar. Neste processo de amamentação, a mulher é a pessoa central e, por isso, deve ser ajudada na sua tomada de decisão e deve ser respeitada. Os enfermeiros EESMO assumem um papel preponderante em assegurar os direitos da mulher e devem proporcionar a cada mulher informação para uma decisão esclarecida para a forma como querem alimentar o seu filho e proporcionar condições para que a sua vontade prevaleça, sem qualquer tipo de juízo de valor.

Neste estágio considerei importante a integração do pai, em todos os momentos, na prestação dos cuidados ao recém-nascido, não apenas para a promoção da vinculação, mas também para a capacitação para o cuidado do seu filho com o objetivo de conhecerem o recém-nascido e aprenderem com os sinais de que o mesmo lhes dá visando a uma autonomia crescente realizando neste sentido a promoção do papel parental. Assim, as horas de visitas do pai à puérpera e ao recém-nascido eram momentos que privilegiava para estar junto das famílias e se tornaram fundamentais para o esclarecimento de dúvidas, preocupações, receios, como também para reforçar positivamente as competências que já tinham desenvolvido e as potencialidades que apresentavam para outras que ainda não estavam tão desenvolvidas. O enfermeiro EESMO tem um papel preponderante a desempenhar na promoção do papel parental, neste sentido prestei cuidados centrados na família, considerando os pais parceiros no cuidar, envolvendo-os na participação dos cuidados e apoiando-os neste momento de transição, com o objetivo de os capacitar de competências parentais de forma a satisfazerem as necessidades do recém-nascido.

3. Cuidar da mulher e do recém-nascido em situação de risco

A Neonatologia é a subespecialidade da Pediatria que se ocupa das crianças desde o nascimento até ao vigésimo oitavo dia de vida. No dia 8 de agosto pelas 16h iniciei estágio de Neonatologia no Centro Hospitalar Tondela -Viseu. Este estágio foi realizado sob a orientação de Professora Doutora Graça Aparício.

No primeiro dia foi-me realizado o acolhimento e a apresentação ao serviço e foi-me apresentada a enfermeira especialista que se tornou na minha tutora, responsável ao longo deste campo de estágio. Foi igualmente definido o horário de estágio que faria no serviço, de acordo com o número de horas e de turnos definidos pela escola (24 horas semanais, que correspondem a três turnos de oito horas por semana) para o curso de Metrado.

Este campo de estágio tem como objetivo desenvolver competências no cuidar do recém-nascido normal e de risco inserido na família e comunidade durante o período neonatal, no sentido de potenciar a saúde do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação á vida extrauterina e fomentando a vinculação afetiva. Penso que este estágio foi deveras enriquecedor de um ponto de vista tanto profissional com pessoal, apesar do curto período de realização do mesmo.

Ao longo do estágio consegui concretizar alguns dos objetivos aos quais me propus no início deste, como:

- Realizar uma avaliação minuciosa do recém-nascido, prevenindo complicações futuras.

O recém-nascido não se queixa quando não se sente bem e não nos alerta quando ocorrem alterações no seu corpo ou comportamento, assim sendo a principal tarefa num serviço de neonatologia é a vigilância ao recém-nascido, e a forma mais eficaz de o vigiar de modo a prevenir complicações futuras é a realização de uma avaliação minuciosa ao aspeto e estado geral do mesmo.

Nesta avaliação ao recém-nascido são observados e examinados vários parâmetros, como: o peso, o comprimento, o perímetro cefálico, o tom de pele, os estados do sono do recém-nascido, os reflexos de sucção, deglutição, de Moro e de procura, deformações nos membros superiores, inferiores ou genitais.

Avaliávamos também o desconforto e a dor de um recém-nascido através da escala de EDIN. Esta observação e avaliação constante ao recém-nascido é o primeiro sinal de aviso que este nos transmite, de modo a podermos intervir rapidamente, prevenindo danos e sequelas futuras.

- Auxiliar e apoiar os pais/mãe nos cuidados ao seu recém-nascido.

Um bebê é uma grande mudança na vida de um casal, é um novo ser, uma nova vida que requer cuidados e atenção, e por muitas vezes os pais não sabem agir perante um recém-nascido. A falta de experiência que alguns casais apresentam pode deixá-los inseguros perante os cuidados necessários ao novo membro da família, por isso é tão importante o papel do enfermeiro nestas ocasiões. Os enfermeiros são os primeiros professores e guias para as pessoas que deixaram de ser apenas um homem e uma mulher e passaram a ser um pai e uma mãe, são os enfermeiros que têm a responsabilidade de orientar os pais nos cuidados ao seu bebê e transmitir-lhes a confiança e a autoestima necessária para lidarem com a enorme responsabilidade que têm em mãos.

Ao longo do estágio observei que as mães com faixa etária mais jovem, apresentam mais instinto materno e mais facilidade em se adaptar ao bebê e à prestação de cuidados que o mesmo exige, perante mães com faixa etária acima dos 38 anos, o que faz com que o enfermeiro tenha um trabalho de apoio e orientação superior com estas mães, que atualmente se apresentam em maior número.

-Promover o aleitamento materno e ensinar e auxiliar na preparação do leite adaptado de acordo com as características do recém-nascido, quando as mães não querem ou não têm possibilidade de amamentar o recém-nascido.

Ter a capacidade de amamentar um recém-nascido não é apenas uma bênção como também se pode tornar um dos maiores desafios, pois o bebê pode não apresentar uma boa pega e causar macerações no mamilo da mãe, pode adormecer facilmente quando é posto à mama, o que muitas vezes é desanimador para as mães que chegam a optar por alimentar o bebê com leite adaptado, assim sendo, é dever do enfermeiro auxiliar a mãe a amamentar, ensinar-lhe técnicas para que o recém-nascido mantenha uma boa pega, e mantê-la motivada ao manter o aleitamento materno ao informá-la acerca de todos os benefícios que o leite materno apresenta, não só para o bebê, como também para a mãe.

Face a estas evidências, reforça-se que a estimular a amamentação, desde a primeira hora de vida do recém-nascido, deve ser um foco principal do enfermeiro EESMO, tendo em conta que esta prática se configura como um fator fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê. A Enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo autonomamente, ou em equipa, atividades de promoção e proteção da saúde e prevenção e recuperação de doenças.

De acordo com a UNICEF, o leite materno é o melhor alimento que o bebê pode ter, pois é de fácil digestão e promove um melhor crescimento e desenvolvimento do bebê. O

leite materno também é muito nutritivo e protege contra várias doenças, além de que supre todas as necessidades líquidas de um bebê. O aleitamento materno também promove a estabilidade hormonal do corpo materno, levando a que o corpo da mulher volte ao que era antes do início da gravidez. No entanto, apesar de incentivarmos ao aleitamento materno, não podemos obrigar as mães a amamentarem, principalmente mulheres que tiveram más experiências passadas ao alimentarem os seus filhos com leite materno. Então, às mães que não querem amamentar ou àquelas que não têm capacidade para tal, pois não apresentam leite suficiente ou o leite que produzem apresenta nutrientes e minerais insuficientes para alimentar o recém-nascido é lhes insinuado a preparar e a oferecer o leite adaptado que mais se adequa às necessidades apresentadas pelo seu bebê.

-Promover vínculo afetivo na díade e na tríade.

Segundo o psicanalista e pediatra inglês Donald Winnicott (1896-1971), o bebê nasce indefeso e incapaz de perceber os variados estímulos externos, pelo que cabe à mãe ser o principal agente facilitador e o suporte adequado, de forma que o recém-nascido se possa desenvolver atingindo o seu máximo potencial. A mãe é o primeiro contacto que o bebê tem, desde que é concebido até ao momento que nasce, assim sendo, é essencial facilitar um vínculo afetivo entre mãe/ bebê e pai, logo desde o início através do contacto pele com pele, da amamentação e do diálogo com o bebê. Está provado que a promoção desta vinculação afetiva entre o bebê e a sua mãe, apresentam benefícios para a díade, como a proteção contra infeções, promove a alimentação eficaz do recém-nascido, diminui a taxa de abandono infantil, habilita a mãe a confortar o seu bebê, e promove a sustentabilidade de relações efetivas futuras, prevenindo comportamentos de risco e doenças psiquiátricas.

-Promover os benefícios da musicoterapia no recém-nascido perante os pais.

O desenvolvimento do aparelho auditivo é um processo complexo que tem o seu início durante a gestação e às 35 semanas o aparelho auditivo atinge a maturidade completa. Os sons intrauterinos percebidos pelo feto são na sua maioria gerados internamente por mecanismos fisiológicos dos órgãos maternos, como é o caso da respiração, da digestão, do ritmo cardíaco e do movimento locomotor. Para além destes, o feto tem a capacidade de ouvir sons exteriores, como a voz e a música. A música estimula a libertação de endorfinas, produzidas na hipófise, que apresentam uma potente ação analgésica estimulando a sensação de bem-estar, conforto e melhoria de humor e contribui também para o aumento dos níveis da hormona do crescimento. A musicoterapia quando aplicada ao recém-nascido apresenta imensos benefícios como promovem uma maior

consciência corporal, ligação afetiva, diminuição da ansiedade e aumento do conforto do bebê e promoção da sucção e deglutição na alimentação, além de prevenir a morte súbita.

É dever dos profissionais de saúde informar os pais acerca de todas as possibilidades de cuidados ao seu bebê, que possa tornar o processo de adaptação à parentalidade mais fácil e tornar a infância da criança mais feliz.

Quero deixar registado que houve objetivos, os quais me propus a adquirir, porém não consegui desenvolver devido ao curto tempo de estágio e, conseqüentemente, às poucas experiências, como, por exemplo, orientar e desenvolver todo o processo requerido e necessário aquando da alta clínica do recém-nascido, experiência esta que, apesar de não ter tido a oportunidade de realizar, pude observar e tornar esta observação deveras enriquecedora para a minha aprendizagem. Penso que além do pouco tempo de estágio, o que fez com que não pudesse tirar o melhor proveito dele, foi a dificuldade em conciliar os turnos do meu trabalho com os turnos do estágio, que por muitas vezes eram coincidentes, fazendo com os turnos no estágio fossem muito espaçados, o que dificultou a integração no serviço de neonatologia e a distância entre o local de estágio e do meu local de trabalho também foi um fator que prejudicou o meu aproveitamento. No entanto, agradeço a toda a equipa do serviço de Neonatologia, que me acolheram, e em especial agradeço à enfermeira especialista por ter sido uma tutora fantástica, compreensiva e que respondeu todas as minhas dúvidas, tornando o meu estágio o mais proveitoso possível.

4. Cuidar a mulher inserida na Família e Comunidade durante o período Pré-Natal

A Patologia Materno-Fetal é uma área da obstetrícia mais especializada que trata as doenças da gravidez e do feto. No dia 18 de maio pelas 9h iniciei estágio de Patologia Materno-fetal na Maternidade Professor Byssaia Barreto em Coimbra. Este estágio decorreu sob a orientação de Professora Doutora Manuela Ferreira.

No primeiro dia foi-me realizado o acolhimento ao serviço e foi-me apresentada a enfermeira chefe e à enfermeira especialista que se tornou na minha tutora responsável ao longo deste campo de estágio, foi também definido o horário de estágio que faria no serviço, de acordo com o número de horas e de turnos definidos pela escola (24 horas semanais, que correspondem a três turnos de oito horas por semana) para o curso de Mestrado. Este campo de estágio tem como objetivo desenvolver competências no rastreio, encaminhamento e cuidado da grávida em situação de risco de forma a promover a saúde da mãe e do filho.

Na Unidade de Patologia Materno-Fetal em Coimbra as grávidas são acolhidas e acomodadas de acordo com os diagnósticos que apresentam e de acordo com a divisão das enfermarias existentes, as duas primeiras enfermarias estão destinadas às induções médicas de trabalho de parto, a última enfermaria destina-se a Interrupções médicas ou voluntárias da gravidez e as restantes enfermarias destinam-se aos casos de patologia materno-fetal. Os primeiros dois dias de estágio foram essencialmente para observação e integração na dinâmica do serviço e nos restantes fiquei com utentes atribuídas aos meus cuidados, sob a supervisão de enfermeira tutora. Este estágio foi deveras enriquecedor e deu-me a oportunidade de ter imensas experiências.

Tive a oportunidade de fazer um turno nas urgências com a enfermeira especialista, o que me permitiu ganhos de experiência e contacto com a Triagem de Manchester em saúde materna obstétrica, pois a Triagem de Manchester não está adaptada à obstetrícia pelo que, muitas vezes, é preciso adaptar o sistema de modo a atribuir a cor correta de acordo com a urgência da situação. Neste serviço é necessário transmitir muita segurança, conforto e apoio às mulheres, pois estão muito preocupadas com a situação em que se encontram, revelando o medo de perder o seu bebé, o que as faz ficar facilmente apreensivas e questionar cada ação e tarefa realizada.

Recebi 5 grávidas no serviço, sendo 2 destinadas á patologia materno-fetal e as restantes para indução médica de trabalho de parto, onde promovi o acolhimento e integração da grávida/família no serviço, e forma a estabelecer uma relação terapêutica e de confiança. Aprendi que realmente a comunicação é essencial, principalmente para as jovens mulheres grávidas que têm muitas dúvidas e receios. Acolhi e prestei cuidados a uma grávida de nacionalidade inglesa, pelo que o inglês era a única língua que falava. No entanto, com o meu conhecimento sobre a língua e tradutores informáticos a comunicação foi possível e eficaz. Prestei cuidados a outra grávida surda-muda pelo que arranjar estratégias para comunicar foi realmente difícil, tendo comunicado com esta grávida essencialmente através da escrita.

Broca e Ferreira (2014) referem que a humanização do cuidado de enfermagem carece de uma comunicação eficiente e eficaz, que permita a partilha de informações entre enfermeiro, utente e família, favorecendo um cuidado individualizado, de acordo com as suas necessidades. De facto, ao longo da nossa formação aprendemos que a enfermagem é uma ciência humanista, que envolve pessoas e experiências distintas e, sobretudo, o cuidar de outro ser humano. O internamento na Unidade Medicina Materno-Fetal, normalmente, significam que há algo que não se encontra tão bem como seria esperado com a mulher ou o feto e, por isso, estes internamentos por mais curtos que sejam são de grande destabilização para a grávida/casal. Portanto, todo o apoio torna-se fundamental, bem como a informação transmitida à mulher/casal acerca da situação que estão a vivenciar e da sua evolução. Assim, tentei aproveitar todos os momentos que considere propícios para realizar educação para a saúde, consoante as necessidades detetadas e para a prevenção de complicações. A presença e o envolvimento do pai são preponderantes, como também a sua inclusão no processo de cuidar.

Durante o estágio tive o privilégio de seguir e planear os cuidados a 50 mulheres grávidas em função das suas necessidades, através do estabelecimento de prioridades e da aplicação de conhecimentos teórico-práticos. Tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a 39 mulheres grávidas, utilizando corretamente os diferentes métodos de avaliação e vigilância do bem-estar, realizando as respetivas interpretações, além de ter mantido a vigilância de sinais de alarme maternos ou fetais, de acordo com a patologia, como, por exemplo, rutura prematura de membranas, diabetes *mellitus* gestacional, pré-eclâmpsias, ameaças de parto pré-termo, entre outras, e colaboração em emergências.

Realizei educação para a saúde a 7 mulheres grávidas aquando da alta e os cuidados que deveriam ter no domicílio além dos sinais de alerta que poderiam comprometer o bem-estar materno-fetal, realizei ensinios também a 5 mulheres grávidas ás quais foi realizado interrupção médica da gravidez, e é necessário realizar ensinios antes do

processo, durante e após o mesmo, além de claro ensinamentos para a alta, neste caso tive dois momentos que me sensibilizaram bastante, o primeiro foi um feto que apresentava 28 semanas com cardiopatia congênita, além do processo de condicionamento do feto e placenta para seguirmos para o laboratório de patologia genética que sensibiliza bastante, a pergunta que a mãe deste feto fez nunca mais me sairá da cabeça “ Eu fi-lo por amor, não foi?”.

O segundo momento que me sensibilizou foi o momento de expulsão de um feto com 10 semanas que apresentava acrania, o sofrimento desta mãe durante o processo, que além da dor física a dor emocional, afetou-me bastante. Esta mãe chorou durante todo o processo nos meus braços. Estes dois momentos, sem dúvida, ficaram para sempre guardados na minha memória.

Com anteriormente referi, participei ativamente no processo de 7 altas clínicas e participei ativamente na transferência de 21 grávidas para o bloco de partos. De todas as grávidas que acompanhei realizei devidamente os respectivos registros de forma clara e sistemática, utilizando linguagem científica na transmissão da informação. Tive a oportunidade de administrar e gerir, segundo o protocolo do serviço, terapêutica tocolítica a 11 mulheres grávidas cujo diagnóstico era ameaça de parto pré-termo. Realizei também administração de corticoterapia para maturação pulmonar de acordo com o protocolo do serviço a 14 mulheres grávidas abaixo das 33 semanas de gravidez, 11 por ameaça de parto pré-termo e 3 por rotura prematura de membranas. Estas experiências permitiram-me aprofundar o meu conhecimento teórico-prático acerca desta terapêutica.

Durante este estágio aprofundei os meus conhecimentos acerca da monitorização e interpretação do registo cardiotocográfico (RCT) de forma a identificar registos não-tranquilizadores e poder atuar de modo rápido e eficaz. Coloquei, monitorizei e interpretei de forma correta o RCT de 45 mulheres grávidas e respetivos fetos. Não presenciei nenhuma situação não-tranquilizadora, tendo apenas registado uma desaceleração prolongada com retorno espontâneo à normalidade.

Neste estágio tive a oportunidade de realizar toques vaginais às mulheres grávidas que se encontravam na maternidade por indução médica do trabalho de parto, inicialmente, como ainda falta a prática é difícil de identificar as estruturas e compõe o canal de parto e todos os parâmetros que correspondem ao Índice de Bishop, porém após o primeiro e segundo toque a dificuldade diminui e a identificação torna-se mais fácil. Considero o toque vaginal algo difícil e que requer muita prática, pois, avaliamos apenas através do toque e não há possibilidade de complementar com o olhar. Neste âmbito, realizei 5 toques vaginais e consegui identificar alguns parâmetros do Índice de Bishop e do canal de parto. O *status*

do colo uterino consiste num dos mais relevantes fatores preditivos da possibilidade de sucesso da indução do parto, sendo o Índice de Bishop a melhor maneira de avaliar o colo uterino e prever a probabilidade de a indução resultar num parto vaginal, que compreende cinco parâmetros: “índice ≤ 6 : necessário amadurecimento cervical prévio a indução; índice > 6 : indução (ocitocina); índice >8 : a probabilidade de parto vaginal após a indução é idêntica àquela após trabalho de parto espontâneo” (Hernández et al., 2017), devendo ser realizada a avaliação pormenorizada das condições maternas e fetais antes do início da indução, de forma a garantir que a indicação é realmente apropriada, bem como confirmar a ausência de contraindicações e para avaliar a probabilidade de êxito na indução. Esta avaliação deve compreender a “reavaliação da idade gestacional, a estimativa do peso fetal e do potencial de distocia, determinação da apresentação fetal, avaliação do colo uterino, verificação do padrão da frequência cardíaca fetal e revisão do histórico médico e pré-natal da paciente”.

Administrei também medicação vaginal (*propess*) para a realização da maturação do colo uterino a 3 mulheres grávidas de 40 semanas, mantendo sempre a vigilância necessária. Realizei 2 trabalhos escritos para aprofundar os meus conhecimentos teóricos durante este campo de estágio, um deles aborda o tema Hiperémese Grávida e o segundo aborda o tema das Infecções que podem estar associadas á ameaça de parto pré-termo.

Tive, assim, a oportunidade de prestar cuidados de saúde a grávidas/famílias em situação de risco, onde o enfermeiro EESMO assume um papel preponderante na avaliação, deteção, informação e monitorização da sintomatologia da grávida, avaliação do bem-estar materno-fetal, realização das manobras de Leopold, na realização do RCT, auscultação da FCF, realização de avaliação obstétrica incluindo o toque vaginal, bem como referência à equipa médica de algum desvio da normalidade. A realização destas intervenções enriqueceu a minha experiência de aprendizagem bem como a admissão, preparação e vigilância de grávidas que iriam ser submetidas a cesariana eletiva (macrossomia fetal, feto em apresentação pélvica), indução de trabalho de parto (gestações de termo sem início de trabalho de parto espontâneo, restrição de crescimento fetal), vigilância e prestação de cuidados a grávidas de risco por patologia concomitante e/ou patologia associada à gravidez, como a diabetes gestacional e hipertensão arterial, ameaça de parto pré-termo (seja por encurtamento do colo, contratilidade uterina, rotura prematura de membranas pré-termo). O acolhimento da grávida aquando da sua chegada ao serviço, sendo configurou-se como um momento privilegiado para os cuidados de enfermagem, pois permite a avaliação inicial das necessidades da grávida, o conhecimento dos seus antecedentes e preferências. O acolhimento é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de confiança, que por sua vez minimiza o medo e a ansiedade sentida no período de internamento.

5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O Bloco de Partos é o local que acolhe a parturiente e o seu companheiro, desde o início de trabalho de parto, parto e pós parto imediato. No dia 13 de setembro pelas 9h iniciei estágio de puerpério no Hospital Dr. Manoel Constâncio, inserido no Centro Hospitalar Médio Tejo. Este estágio teve a orientação de Professora Doutora Manuela Ferreira.

No primeiro dia foi-me realizado o acolhimento ao serviço e foi-me apresentada a enfermeira Cátia, tutora responsável por mim neste campo de estágio, foi também definido o horário de estágio que faria no serviço, de acordo com o número de horas e de turnos definidos pela escola (24 horas semanais, que correspondem a três turnos de oito horas por semana) para o curso de Metrado. Por incompatibilidade de horários entre mim e a Enfermeira tutora, houve necessidade de definir outros turnos com uma outra Enfermeira especialista referenciada pela tutora.

Tinha como objetivo o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, utilizando os conhecimentos e as técnicas mais adequadas à prática de enfermagem especializada no cuidar a parturiente/família durante o trabalho de parto e parto eutócico e distócico; à puérpera; ao recém-nascido normal e de risco, tendo ainda como objetivo a realização de 40 partos eutócicos.

O Bloco de Partos do Hospital de Abrantes apresenta 5 salas destinadas a alojar a parturiente e seu acompanhante, desde o início de trabalho de parto até ao parto, e no mesmo quarto permanecem o tempo do recobro, ou seja, duas horas após o parto. As parturientes entram através do serviço de urgência obstétrica que está ligado ao Bloco de Partos através de um corredor. Ao contrário do que acontece em outros hospitais, o Bloco de Partos no hospital de Abrantes tem bloco cirúrgico acoplado ao bloco de partos, em caso de cesariana, o que permite ao enfermeiro especialista acompanhar todo o processo, e estar presente na cirurgia de modo a receber o recém-nascido. Apresenta também uma sala de enfermagem e uma sala médica, assim como duas casas de banho, uma comum a todas as parturientes e a outra comum aos profissionais de saúde.

Os primeiros dois dias de estágio foram essencialmente para observação e integração na dinâmica do serviço, e nos restantes fiquei com parturientes e acompanhantes que se encontravam no bloco de partos atribuídos aos meus cuidados, sob a supervisão de enfermeira tutora.

Porém no bloco de Partos do hospital de Abrantes em 3 meses de estágio apenas consegui executar 3 partos, pelo que em Dezembro tive necessidade de mudar de local de

estágio, então no dia 23 de Dezembro de 2021, iniciei estágio no Bloco de Partos no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, mais concretamente no Hospital São Teotónio em Viseu, tendo-me sido atribuídos dois enfermeiros tutores. O Bloco de partos do Centro Hospitalar Tondela-Viseu apresenta-se em forma de H, tendo 6 quartos destinados á vigilância de trabalho de parto e parto, e 2 quartos com 2 camas cada um destinados ao pós-parto.

Desde o início da pandemia, que o serviço atribuiu os quartos 1,2 e 3 a parturientes não infetadas com COVI 19, os quartos 4 e 5 a parturientes testadas, mas que aguardam resultado e o quarto 8 destina-se a parturientes infetadas pelo Sars-cov-2. O estágio no Bloco de Partos foi para mim muito importante, pois, permitiu-me a vigilância da parturiente desde que inicia o trabalho de parto. O Trabalho de Parto é definido pela presença de contrações uterinas regulares, associadas com o apagamento e dilatação do colo do útero e com a descida fetal (Posner et al., 2014) até ao parto que consiste na expulsão do recém-nascido para então iniciar a vida extrauterina.

No Bloco de Partos, a grávida pode ser proveniente do domicílio, entrando pelo serviço de urgência ou proveniente do internamento de Medicina Materno-Fetal. No momento do acolhimento no Bloco de Partos, procurei sempre apresentar-me à grávida, perceber como gostava de ser tratada, se pretendia ter acompanhante durante o trabalho de parto e, de forma breve, explicar como decorrerão as próximas horas e o que o acompanhante precisará de trazer consigo. No acolhimento às parturientes, para além da apresentação ao serviço e esclarecimento de dúvidas que estas possam ter, também cateterizámos uma veia periférica, necessária para perfusão de soros, e medicação caso seja necessário, e realizámos RCT para avaliar o bem-estar fetal e intensidade da contratilidade uterina. É também no acolhimento que que nos é entregue o plano de parto que a parturiente e o seu companheiro definiram e, de acordo com a experiência que tive, apenas 3 casais apresentaram plano de parto, das restantes parturientes a quem prestei cuidados, a maior parte, apesar de ter frequentado aulas de preparação para o parto e ter conhecimento acerca da possibilidade de apresentar plano de parto, optaram por não o fazer. No acolhimento da parturiente, dependendo também da sua fase de trabalho de parto e sensação dolorosa foram oferecidas técnicas de relaxamento e técnicas não farmacológicas de controlo da dor, como a bola de pilates, a deambulação e a hidroterapia.

A vigilância do bem-estar materno fetal através do RCT requer a máxima atenção do enfermeiro EESMO, na avaliação, interpretação e intervenção adequada a cada situação. Segundo o Parecer da OE (2010) e de (Santo, 2016), a interpretação dos RCT tem os seguintes critérios: a linha de base da FCF, a variabilidade, a reatividade do feto e o aparecimento de desacelerações. Para além do descrito anteriormente, estes fatores devem ser também relacionados com o conhecimento dos mecanismos de defesa fetais e com

situação clínica da grávida, de maneira à deteção precoce de problemas potenciais para resolução ou minimização de problemas reais identificados no bem-estar materno-fetal. Assim, para uma vigilância do bem-estar materno-fetal de qualidade é essencial que o enfermeiro EESMO sustente o conhecimento na evidência científica.

Ao longo do estágio também adquiri competências na preparação e colaboração da técnica de colocação do cateter de analgesia epidural. Apenas 8 parturientes recusaram analgesia epidural, 10 das que recusaram inicialmente acabaram por aceitar mais tarde, pela sensação dolorosa provocada pelas contrações cada vez mais intensas e regulares, 4 parturientes que foram acolhidas no bloco de partos na fase expulsiva, não puderam recorrer a analgesia epidural. Para além dos cuidados acima descritos, questionei se tinham vontade de urinar e avaliei da existência de globo vesical uma vez que o esvaziamento vesical fica comprometido. Posteriormente, todas as puérperas são higienizadas na região vulvoperineal, procedendo-se à aplicação de crioterapia, promovendo assim um maior conforto à puérpera e passam a utilizar a sua roupa interior e camisa. Todas as puérperas que não registam contraindicação são questionadas relativamente ao início da ingestão de sólidos e são incentivadas a reforçar ingestão hídrica

Apesar da mudança de local de estágio me obrigar a adaptar e integrar num serviço totalmente novo, permitiu-me conhecer duas realidades diferentes de organização e prestação de cuidados á mulher em trabalho de parto, parto e pós parto imediato.

No serviço de Partos do hospital de Abrantes mantém-se a administração de dois clisteres nas parturientes aquando a entrada das mesmas no serviço, apesar de esta prática não ser aconselhada pela OMS, também mantém a presença do pediatra durante o parto, quer este seja eutócico ou distócico o que na minha opinião é vantajoso. Não fazem contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, sendo que logo após o parto o recém-nascido é levado para a sala destinada á realização dos cuidados ao mesmo.

No Bloco de Partos do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, o contacto pele a pele entre mãe e recém-nascido é sempre proposto a menos que o recém-nascido ou a mãe não estejam bem. É também promovida a vinculação entre mãe/pai/recém-nascido na primeira hora de vida, uma condição sine qua non para uma parentalidade positiva. A primeira hora de vida, após o nascimento, é o momento ideal para que a vinculação entre esta tríade prossiga.

Imediatamente, após o nascimento, o ambiente natural para um recém-nascido é estar perto dos pais. Neste âmbito, a proximidade emocional refere-se aos sentimentos de uma vinculação emocional com o recém-nascido, tais como sentimentos de amor, calor e afeto. As evidências sugerem que, após o nascimento, a proximidade física entre pais e

recém-nascidos pode contribuir para o desenvolvimento da vinculação entre esta tríade, tanto os pais como o recém-nascido desempenham um papel neste processo. O comportamento dos pais pode contribuir para as diferenças no desenvolvimento infantil e a promoção da vinculação na primeira hora de vida do recém-nascido melhora a estimulação somatossensorial e a transição para a parentalidade (Buek et al., 2022).

Compete aos enfermeiros proporcionar a educação para a saúde e apoiar os pais na transição para a parentalidade e encorajar o seu envolvimento positivo desde as primeiras horas de vida extrauterina do seu filho. A ligação entre os pais e o seu recém-nascido é uma vinculação de força, poder e potencial. Vários fatores têm lugar durante o período pós-parto precoce que podem ter uma grande influência na promoção da vinculação afetiva pais/bebé. Teorias psicológicas, como a Teoria do Apego de John Bowlby e Mary Ainsworth e a fase de desenvolvimento da confiança versus desconfiança de Erik Erikson, podem ser aplicadas ao processo da promoção da vinculação entre os pais e o recém-nascido na primeira hora de vida. Os benefícios da vinculação tanto para os pais como para o recém-nascido são de grande importância. Assim, os enfermeiros podem promover a vinculação entre pais e recém-nascidos através do encorajamento do contacto pele a pele, amamentação, contacto visual e massagem dos recém-nascidos durante a primeira hora pós-parto (Gibson & Lilcullen, 2020).

O processo de vinculação consiste numa ligação emocional entre o recém-nascido e os pais ou o cuidador principal. A vinculação do recém-nascido ao seu cuidador é a base de todas as relações posteriores que este desenvolverá ao longo da vida e em particular em contexto de internamento hospitalar (Querido et al., 2022). Tendo por base esta premissa, as mesmas autoras mapearam na literatura as intervenções de enfermagem promotoras de vinculação em recém-nascidos na primeira hora de vida, tendo constatado que as intervenções de enfermagem identificadas na literatura, como promotoras da vinculação, organizam-se em dois grupos: na promoção da interação entre os pais e o recém-nascido, a proximidade física ou presença, a promoção da amamentação, a inclusão dos pais nos cuidados ao recém-nascido, e na interação entre os pais e a equipa de enfermagem (através da comunicação e o apoio emocional). Deste modo, as autoras citadas referem que os enfermeiros desempenham um papel fundamental para o restabelecimento do processo vincutivo entre o recém-nascido e os pais, seja na facilitação da relação pais/recém-nascido, seja enquanto interlocutores da relação.

A vinculação consiste na formação de uma relação afetiva entre o recém-nascido e a sua figura de ligação, na maioria das situações, a mãe e/ou o pai. John Bowlby desenvolveu a Teoria do Apego, tendo defendido que a vinculação é um mecanismo básico dos seres humanos e que os comportamentos são biologicamente programados, sendo a relação do

recém-nascido com os pais uma relação estabelecida por um conjunto de sinais inatos. Baseando a sua teoria na investigação de Lorenz Konrad e Harry Harlow, do campo da etologia, Bowlby argumenta que a vinculação entre o bebé e os seus pais vai além da satisfação das suas necessidades básicas, tais como fome, sede ou dor, mas também a promoção do conforto, do afeto e da aprendizagem (Amaliya et al., 2017; Chen et al., 2017).

A formação de uma forte ligação afetiva com os pais é a chave para a criança ter um nível de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e psicológico adequado, uma vez que esta primeira relação afetará o estilo das relações de ligação ao longo da sua vida. Bowlby acredita que a relação de apego é monotrópica, não excluindo a possibilidade de outras relações de apego, mas admite que estes teriam menos valor vincutivo para a criança, declarando que, a nível monotrópico, é estabelecida uma relação entre o recém-nascido e a mãe (Bowlby, 2006). Mais tarde, Mary Ainsworth contribuiu para desenvolver a teoria iniciada pelo psicanalista Bowlby, ao investigar a relação entre mães e filhos no Uganda e principalmente desenvolvendo um procedimento experimental para avaliar a qualidade da relação entre o bebé e o seu cuidador primário. Este procedimento experimental, que ela chamou de Método Experimental da Situação Estranha, permitiu observar e classificar que padrão de ligação foi estabelecido entre a criança e a sua figura de apego. O padrão de apego pode ser classificado como seguro ou inseguro, de acordo com o comportamento demonstrado pela criança na ausência da sua figura de apego (Ainsworth et al., 2015). Na sua teoria, Ainsworth concluiu que todos os seres humanos nascem dotados de um sistema de vinculação que lhes permite procurar proximidade com uma figura de referência que lhe oferece proteção e segurança, para que possam ter a curiosidade e vontade de explorar o mundo que os rodeiam (Ainsworth et al., 2015).

A ligação dos pais à criança começa no período pré-natal com o desejo da gravidez e idealização da criança imaginária, com o planeamento, aceitação e a consciência do feto, os seus movimentos e a perceção do feto como ser humano. A experiência das várias fases do processo de gravidez permite aos pais o início da ligação emocional com a criança que eles idealizam e, através parto e nascimento, há a personificação do casal como mãe e pai e a sua responsabilidade para com a criança, como um ser necessitado de cuidados, proteção e de segurança. É depois do nascimento e com a possibilidade de ver o recém-nascido, que ocorre a aceitação da criança como indivíduo pertencente a essa família, o que implica a promoção do estabelecimento do vínculo da tríade mãe/pai/recém-nascido (Schrauwen et al., 2018).

No Bloco de Partos Centro Hospitalar Tondela-Viseu adquiri a maior parte das minhas experiências necessárias à prestação de cuidados especializados neste âmbito.

Houve contudo uma situação que ocorreu no Bloco de Partos do Hospital de Abrantes, que me marcou. Uma parturiente com 72 horas de trabalho de parto, após duas tentativas de parto distócico por ventosa, sendo que após a segunda tentativa de parto distócico por ventosa o feto apresentou uma desaceleração sem recuperação, pelo que foi realizada uma tentativa de parto distócico por fórceps sem sucesso e a parturiente foi levada de urgência para o bloco operatório, de modo a realizar cesariana emergente, cujo recém-nascido nasceu morto, apesar de todos os esforços para o reanimar, um final trágico para aquela família.

Ao longo do estágio fui superando as minhas dificuldades e adquirindo competências fundamentais. A minha maior dificuldade neste estágio foi precisamente a realização da episiorrafia, por vezes é complicado identificar as estruturas de forma a unir os bordos corretamente. Assim, penso ter desenvolvido as Competências Específicas do enfermeiro especialista em ESMO “3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto” (OE, 2019, p.13563).

Relativamente à episiotomia, dos 40 partos que realizei, em apenas 6 houve a necessidade da sua realização, no entanto, presenciei uma situação deveras complicada, pois uma das parturientes entregue aos meus cuidados não quis que fosse realizada a episiotomia durante o seu parto, apesar de lhe ter sido explicada a necessidade da mesma, pois não apresentava um períneo com elasticidade o suficiente para que a passagem do recém-nascido fosse possível sem lacerar, porém a parturiente manteve-se irredutível à realização desta técnica, o que acabou por levar a que o períneo desta mãe sofresse uma laceração de terceiro grau com necessidade de ser suturada no bloco operatório.

A tomada de decisão para a episiotomia esteve sempre presente e foi suportada pela enfermeira orientadora. Tentei desenvolver esta competência no decorrer do estágio, através do conhecimento teórico (pesquisa bibliográfica), perceção anatómica do pavimento pélvico e através da segurança e confiança que fui adquirindo, apesar de ser uma técnica que exige muita prática, tanto na execução como na tomada de decisão. As recomendações para a episiotomia são lesão iminente perineal grave (tecidos rígidos e altura do períneo inferior ou igual a 3cm), SFA e parto instrumentado ou complicado (distocia de ombros, apresentação pélvica, macrosomia) (Ordem dos Médicos, n.d.). A OMS (2016) recomenda que o uso rotineiro da episiotomia não deve ser realizado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo.

Foram várias as atividades desenvolvidas no estágio para poder alcançar competências que me permitiram “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante

o trabalho de parto” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, p. 13561).

Este estágio foi deveras enriquecedor em que todos os momentos e situações eram de uma aprendizagem enriquecedora para o meu desenvolvimento profissional enquanto enfermeira EESMO, mas também a nível do meu desenvolvimento pessoal. Feito o balanço, deste estágio, considero que atingi os objetivos a que me propus inicialmente.

6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

A ginecologia é uma especialidade médica e cirúrgica centrada na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças benignas e malignas do sistema reprodutor feminino.

No dia 14 de abril, pelas 9 horas, iniciei estágio de Ginecologia no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, sob a orientação de Professora Doutora Manuela Ferreira. No primeiro dia foi-me realizado o acolhimento ao serviço e apresentada a Enfermeira Chefe e tutoras, tendo sido também definido o horário de estágio que faria no serviço, de acordo com o número de horas e de turnos definidos pela escola (24 horas semanais, que correspondem a três turnos de oito horas por semana) para o curso de Metrado. Este campo de estágio tem como objetivo o desenvolvimento de competências no cuidar da mulher inserida na família e na comunidade ajudando-a a vivenciar processos de doença ginecológica no sentido de restaurar a sua saúde.

O serviço de ginecologia no Hospital Universitário de Coimbra é dividido em 2 setores: a ginecologia A e a Ginecologia B. A Ginecologia A destina-se ao tratamento de doenças malignas que de apoderam de sistema reprodutor feminino e a Ginecologia B ao tratamento das doenças benignas que podem ocorrer no sistema reprodutor feminino.

Inicialmente este estágio era apenas para se centrar na Ginecologia A, pois era o serviço atribuído à minha enfermeira tutora no horário do mês de abril, porém por falta de turnos houve necessidade de o estágio se prolongar para o mês de maio, pelo que tive oportunidade de estagiar nos dois serviços e, assim, abranger e contactar com mais experiências enriquecedoras na área de ginecologia.

Foi também solicitado pela Enfermeira Chefe a hipótese de eu poder estagiar por três dias em serviços como a consulta externa de ginecologia, a consulta de fertilidade e genética e no bloco operatório para observar as intervenções cirúrgicas realizadas dentro da área de ginecologia, porém esta proposta foi recusada pelas enfermeiras responsáveis por estes serviços, devido aos tempos de pandemia de por COVID-19.

Os primeiros dois dias de estágio foram essencialmente para observação e integração na dinâmica do serviço e nos restantes fiquei com utentes atribuídas aos meus cuidados, sob a supervisão de Enfermeira Tutora.

A ginecologia é muito mais do que apenas o tratamento de doenças do foro ginecológico, destina-se principalmente ao apoio e ajuda que o enfermeiro pode dar à mulher, não apenas em termos físicos como psicológicos também.

Principalmente, no serviço de ginecologia A que, como já afirmei anteriormente, se destina ao tratamento de doenças malignas do sistema reprodutor feminino, é necessário transmitir muito apoio às mulheres por parte da equipa de enfermagem, pois, mais do que problemas físicos, são as marcas que estes problemas deixam, ficando a parte psicológica da mulher muito debilitada. Além do apoio psicológico em casos extremos, quando a mulher não tem salvação e vai padecer devido à doença, estes casos são os únicos em que as visitas de marido e outros familiares são permitidas, há também tratamentos cirúrgicos, como mastectomias e vulvectomias, que, apesar de necessários para restabelecer a saúde da mulher, danificam a beleza corporal feminina, sendo que as mulheres que necessitam deste tipo de cirurgias se sintam feias e pouco atraentes para os companheiros, sendo necessário restaurar a sua autoestima, ensinando-lhes técnicas que possam facilitar a sua vida sexual, apesar da cirurgia.

A vulvectomy foi um tratamento que deveras me interessou, não só pela forma de como é realizada, mas também pela forma delicada que tem que ser abordada. Este tipo de cirurgia apenas tem sido realizado maioritariamente em mulheres mais velhas, entre os 70 a 80 anos, e que provavelmente já não terão uma vida sexual ativa, contudo não implica que não possa acontecer a mulheres mais jovens e, nestes casos, o conhecimento não ocupa lugar, ajudando-nos a lidar com estas situações caso venham a ocorrer.

Uma situação que me deixou impressionada foi o caso de uma mulher de vinte e poucos anos que, por não realizar os cuidados e o controlo necessário para garantir o seu aparelho reprodutor saudável, teve necessidade de ser intervencionada com uma histerectomia total, o que a impossibilita de ter filhos. Este caso afetou-me e chamou-me muito à atenção, pois esta jovem, com a mesma idade que eu, já não pode gerar uma criança, podendo apenas recorrer à adoção, caso tenha o desejo de ser mãe, e “abriu-me os olhos” para a perceção de que a promoção da saúde e a prevenção da doença ginecológica em Portugal tem que ser reforçada, pois não são apenas as mulheres idosas que não apresentam os cuidados a ter para a sua saúde ginecológica, as mulheres mais jovens também não os têm.

Como já referi, neste serviço, é necessário muita compreensão e apoio por parte do enfermeiro, não só à mulher como também ao marido/companheiro, na medida em que este faz parte da díade e com a pandemia este apoio foi difícil de fornecer.

Durante o tempo em que estive a estagiar, apesar de curto, foi muito enriquecedor, adquiri competências como: promover a saúde ginecologia da mulher; diagnosticar precocemente e prevenir complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-

urinário ou mama; providenciar cuidados á mulher com afeções do aparelho genito-urinário ou mama e facilitar a sua adaptação á nova situação.

Durante o estágio tive a oportunidade de apreender várias experiências, no entanto, houve uma situação que me enriqueceu bastante, num dos dias de estágio, a minha enfermeira tutora ficou responsável pela sessão de quimioterapia, ou seja, mulheres submetidas a quimioterapia endovenosa que vêm de fora para o serviço, são acolhidas num quarto privado e há uma enfermeira destacada para realizar e acompanhar todo o tratamento. Então, fiquei um turno inteiro a realizar e acompanhar o tratamento a que esta senhora. Além de, naquele dia, a minha atenção ter estado centrada naquela utente, pelo diálogo que compartilhei com ela, pude perceber que muitas vezes o hospital e o enfermeiro torna-se o confidente destas mulheres, guardando-lhes os segredos e desabafos que não são ouvidos ou divulgados em casa, promovendo, assim, a estas mulheres um alívio sentimental e uma força para enfrentar o resto do tratamento de cabeça erguida.

A única desvantagem que posso apresentar deste estágio é o curto tempo para a sua realização, pois penso que, com mais tempo, poderia ter presenciado mais situações enriquecedoras, obteria muito mais conhecimento e teria oportunidade de aprofundar aquele que adquiri.

Considerações finais

No decorrer dos estágios, considero ter alcançado com sucesso os diferentes domínios das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Os constantes momentos de reflexão relativos às diferentes situações clínicas das mulheres com que me deparei e relativos ao meu desempenho tornaram-se extremamente importantes e enriquecedores, pois fizeram-me compreender as áreas que deveria investir e, assim, adquirir de forma mais consolidada conhecimento e competências para prestar cuidados especializados à mulher/ família ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Penso que para qualquer enfermeiro EESMO possa prestar cuidados de saúde adequados é essencial que seja detentor de conhecimentos técnico-científicos atualizados e reflita sobre as suas práticas

O presente relatório expõe as atividades desenvolvidas quer em contexto de estágio, com o desenvolvimento das competências do enfermeiro EESMO, quer as competências académicas na área da investigação. A análise e reflexão crítica das experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio tiveram por base as competências específicas do enfermeiro EESMO. As atividades foram descritas tendo em consideração os contextos onde decorreram os estágios de forma reflexiva sobre as diferentes práticas desenvolvidas tendo sempre por base a evidência científica. Para além disto, também foram referidas as dificuldades sentidas ao longo dos estágios, nomeadamente, toda a adaptação necessário ao contexto pandémico, a forma como as dificuldades foram ultrapassadas, o empenho e atitude de questionamento contínuos, pesquisa contínua e o interesse demonstrado para com as enfermeiras orientadoras e enfermeiras tutoras.

No quadro 1 apresento as experiências realizadas nos estágios.

Quadro 1. Experiências realizadas

Consulta de grávidas, incluindo 100 exames pré-natais - Realizados 101 exames pré-natais (durante o estágio realizado nas Consultas Diferenciadas Materno Fetal)
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto - Vigilância e prestação de cuidados a 100 mulheres em trabalho de parto
Realização de 40 partos - Realizados 40 Partos
Participar ativamente em um ou dois partos de apresentação pélvica - Participação em 1 parto de apresentação pélvica
Prática de episiotomia/perineorrafia - Realizadas 15 episiotomia/perineorrafia
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco, durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério - Vigilância e prestação de cuidados a 50 grávidas em situações de risco durante a gravidez
Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas - realizados 105 puérperas (estágio de puerpério e bloco de partos)
Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascido normais - 103 recém-nascidos
Prestar cuidados ao corpo em situação de óbito – 1 Nado morto

Apesar de terminar mais uma etapa, sinto que é uma continuação do que já tem vindo a ser realizado no sentido de alcançar a excelência do cuidar, quer do ponto de vista científico, ético, deontológico, técnico e humano na construção da minha identidade profissional e pessoal no futuro, enquanto enfermeira EESMO e sentindo que não poderia ter selecionado melhor área de especialidade.

II CAPÍTULO - Relatório Final da componente de investigação - Efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto

1. Justificação do estudo

Durante a gravidez e o parto, as mulheres experimentam mudanças psicológicas e fisiológicas que geram stresse. Com a progressão do trabalho de parto, as mulheres experimentam ansiedade crescente durante o parto, o que tem um efeito negativo também sobre na mãe e no recém-nascido (Zijlmans et al., 2017). A música é uma antiga prática de cura que pode inspirar a alma, bem como melhorar a imunidade, formando uma poderosa terapia. A musicoterapia reduz os níveis de catecolaminas, melhorando assim o estado de saúde física, diminuindo as hormonas do stresse e a estabilização de sinais vitais. Além disso, as intervenções com recurso à musicoterapia têm um efeito na diminuição da dor, ansiedade e consumo de analgésico.

O trabalho de parto é uma das fontes de dor mais intensa que se conhecem, especialmente as contrações uterinas. A dor do parto, tanto um fenómeno universal como uma experiência subjetiva, difere de outras dores graves. A dor do parto é uma parte de um processo normal. Enquanto outras formas de dor implicam um estado anormal, tais como lesões ou doenças, a dor do parto é completamente normal. As mulheres grávidas têm tempo para se prepararem para o trabalho de parto e parto e podem desenvolver aptidões para alcançar o controlo da dor dentro deste período de tempo. A dor do trabalho de parto não é contínua, mas intermitente. São menos desconfortáveis no início do trabalho de parto e, à medida que o tempo avança, a dor torna-se mais frequente e o período de repouso entre as contrações torna-se mais curto. As mulheres desempenham um papel importante na gestão da dor e na cooperação com os profissionais de saúde. A preocupação da parturiente pelo seu bebé motiva-a a tolerar a dor que sente durante o trabalho de parto. Apesar da expectativa de dor durante o trabalho de parto, as dores irregulares que excedem a tolerância da parturiente podem resultar em efeitos fisiológicos e psicológicos adversos tanto para a mãe como para o feto (Gokyildiz et al., 2018).

Neste âmbito, os métodos não farmacológicos e farmacológicos são utilizados para controlar a dor durante o trabalho de parto. Os critérios essenciais para a erradicação das dores durante o trabalho de parto são a promoção de uma boa analgesia, garantindo a segurança da mãe e do bebé, efeitos contínuos e previsíveis, métodos simples e o controlo da mãe sobre o processo. Os métodos farmacológicos são invasivos e financeiramente dispendiosos (Toohill et al., 2021). Os mesmos autores verificaram que o uso de anestesia epidural prolonga a duração do trabalho de parto e aumenta a necessidade de oxigénio e oxitocina. Os métodos não farmacológicos, por outro lado, não necessitam de regras médicas e são inofensivos para a mãe e feto. Não atrasam o trabalho de parto e afetam

positivamente a progressão do trabalho de parto. Além disso, não causam efeitos secundários.

Neste contexto, refere-se que a música desempenha um papel importante na vida das pessoas. Tem sido utilizada para ajudar o bem-estar das pessoas e proporcionar alívio da dor desde a antiguidade. Direta ou indiretamente, afeta os sintomas fisiológicos e clínicos. A musicoterapia proporciona benefícios fisiológicos, psicológicos e socioemocionais diretos para a parturiente. A música cuidadosamente selecionada pode reduzir o stresse da parturiente durante o trabalho de parto, melhorar o conforto, proporcionar relaxamento, aliviar a intensidade da dor e melhorar o seu desempenho. Numa revisão sobre os efeitos terapêuticos da musicoterapia nas práticas de enfermagem, ficou demonstrado que esta é amplamente utilizada em vários campos para controlo da dor, controlo da ansiedade e do stresse, com efeitos significativos de relaxamento. A música afeta os estímulos dolorosos que as parturientes experimentam e resulta no alívio ao aumentar a secreção de endorfina. Outra forma de a musicoterapia reprimir diretamente a dor é através do estímulo auditivo. Os estudos indicam que a música reduz o stresse e a dor durante o trabalho de parto (Cetin et al., 2017).

Face ao exposto, objetiva-se, com recurso a uma revisão sistemática da literatura, mapear as evidências científicas sobre os efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto, um contributo para a prestação de cuidados humanizados à parturiente.

2. Enquadramento teórico

O uso da musicoterapia no acompanhamento durante o trabalho de parto constitui uma estratégia não farmacológica.

A *World Federation of Music Therapy* define a musicoterapia como o uso de música e/ou elementos musicais (som, ritmo, melodias ou harmonias) para facilitar e promover a comunicação, relações, aprendizagem, movimento, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, dando, assim, respostas às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Vink & Hanser, 2018). Na área da saúde, a música pode ser usada para melhorar a condição humana e a sua união dá origem à chamada musicoterapia - isto é, terapia através da música. Atualmente é usada como terapia complementar para procedimentos físicos, mentais e cirúrgicos. A musicoterapia procura desenvolver, de forma culturalmente aceite, o potencial e/ou habilidades das pessoas, num esforço para garantir a melhor integração intrapessoal/interpessoal e consequente melhoria da qualidade de vida através da prevenção, reabilitação e tratamento (Miranda et al., 2017).

Durante décadas e em todo o mundo, a música tem sido utilizada para proporcionar calma e relaxamento. Estas qualidades de redução do stresse são os efeitos mais estudados da música (Chanda & Levitin, 2013; Koelsch, 2015; Mehr et al., 2019; De Witte et al., 2020). Por conseguinte, as intervenções de musicoterapia estão a ser cada vez mais utilizadas para reduzir o stresse e melhorar o bem-estar dos clientes numa variedade de populações clínicas. A musicoterapia é especificamente caracterizada pela utilização das qualidades específicas da música numa relação terapêutica com os profissionais de saúde (Bainbridge et al., 2020; De Witte et al., 2020);

Os efeitos da musicoterapia têm sido estudados nos períodos de gestação e parto. Estudos têm mostrado resultados promissores de níveis decrescentes de ansiedade e de stresse na mulher e melhores parâmetros fetais (como a variabilidade dos batimentos cardíacos) (Hepp et al., 2018; Teckenberg-Jansson et al., 2019). No entanto, esses resultados não podem ser extrapolados para a população em geral devido ao grau de variabilidade entre os estudos, ao baixo número de mulheres avaliadas e ao risco de viés. A musicoterapia tem sido aplicada durante a psicoprofilaxia obstétrica, especialmente durante as sessões que instruem a mãe sobre como preparar-se para o parto e o período pós-parto e também como a terapia mente-corpo, incluída na saúde sistema.

A música mobiliza a pessoa para a ação e para a expressão emocional, bem como para controlar estados de homeostasia física e psíquica. A música tem efeitos de natureza

fisiológica, comportamental, cognitiva, emocional e de interação social (Carvalho, 2018). De acordo com a mesma autora, no que se refere aos efeitos fisiológicos, a literatura aponta para impactos da musicoterapia na regulação fisiológica com benefícios na diminuição da ansiedade, na gestão do stresse e no controlo da dor. Quanto aos efeitos comportamentais, a musicoterapia poderá ter impacto na ação intencional e planeamento do comportamento motor. Relativamente aos efeitos cognitivos, a musicoterapia poderá ter benefícios no desenvolvimento das funções cognitivas da atenção, memória e estruturação de sequências lógicas ou narrativas. No que concerne aos seus efeitos emocionais, a musicoterapia aponta para impactos na expressão e regulação das emoções. O recurso à musicoterapia, através da presença do fluxo sonoro-musical, possibilita a continuidade da interação e da comunicação, mesmo na ausência de palavras ou perante à dificuldade na elaboração simbólica do pensamento em casos de maior fragilidade, como é o caso do trabalho de parto.

Com a progressão do trabalho de parto, as mulheres experienciam um stresse crescente, o que tem um efeito negativo nela própria e também no recém-nascido. Ouvir música reduz os níveis de catecolaminas, melhorando, assim, o estado de saúde física, diminuindo as hormonas do stresse e estabilizando os sinais vitais. Além disso, a musicoterapia tem um efeito na redução da dor, ansiedade, stresse e consumo de analgésicos (Zijlmans et al., 2017). Num estudo realizado por Tabarro et al. (2010), cujo objetivo consistiu em verificar o efeito da musicoterapia no trabalho de parto, as mulheres foram submetidas a músicas selecionadas por si, com interrupções de 30 minutos a cada duas horas, tendo estas verbalizado que a música minimizou os desconfortos do trabalho de parto e facilitou a diminuição do stresse.

O stresse é comumente experimentado durante o processo de trabalho de parto, o qual demonstra efeitos adversos nos resultados de saúde materna e infantil. As intervenções com recurso à musicoterapia tendem a reduzir os efeitos do stresse e da ansiedade em diversas situações de trabalho de parto, são de baixo custo, são facilmente acessíveis e têm alta aceitabilidade. Lin et al. (2019) realizaram uma revisão sistemática da literatura e meta-análise para avaliar a eficácia das intervenções da musicoterapia na redução dos níveis de ansiedade e de stresse entre as mulheres durante o trabalho de parto, tendo concluído que esta medida não farmacológica diminui os scores de ansiedade e de stresse e os índices fisiológicos relacionados com ambos, durante o trabalho de parto. Numa revisão sistemática da literatura com meta-análise mais recente de Santiváñez-Acosta et al. (2020) ficou demonstrado que a musicoterapia parece ter efeitos benéficos na intensidade da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, especialmente para as primíparas.

A opção por estudar este tema surge de um conjunto de experiências profissionais e pessoais, que despertaram questões influência da musicoterapia na diminuição do stresse durante o trabalho de parto. Como referem Cunha e Santos (2021, p. 24), “os profissionais de saúde devem procurar a melhor evidência disponível para guiar a prática. Isto implica que, na presença de evidência de grau de recomendação com força superior, o profissional a deve «preferir»”. Assim, a realização desta revisão sistemática da literatura tem como principal objetivo sistematizar as evidências científicas sobre os efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto.

3. Métodos

Uma revisão sistemática da literatura é um estudo de pesquisa de estudos, em que, para se qualificar como tal, tem de possuir padrões de transparência e reprodutibilidade, usando-se métodos explícitos para identificar, selecionar, avaliar e sintetizar os resultados empíricos dos estudos incluídos (Aromataris & Munn, 2020). Cunha e Santos (2021, p. 35) referem que “globalmente, as revisões sistemáticas podem sintetizar evidência de estudos quantitativos (meta-análise) e/ou sintetizar evidência de estudos qualitativos (meta-síntese)”. Os mesmos autores salientam que “várias organizações internacionais e nacionais recomendam a sua implementação porque: a tomada de decisão é simplificada; a incerteza, o risco e a viabilidade são reduzidos; e a qualidade dos cuidados melhorada” (Cunha & Santos, 2021, p. 17).

A revisão sistemática da literatura segue as seguintes etapas: na primeira fase, deve ser formulada a questão de investigação, que deve ser respondida, através dos resultados; na segunda fase, localização e seleção dos estudos, deve ser realizada uma pesquisa bibliográfica abrangente para identificar os estudos relevantes; na terceira etapa, a avaliação crítica dos estudos, ou seja, a qualidade de literatura identificada é examinada e as decisões tomadas sobre a inclusão ou não de cada estudo; na quarta fase é realizada a colheita dos dados; na quinta etapa procede-se à interpretação dos resultados e a sétima última etapa diz respeito ao aperfeiçoamento e utilização (Cunha & Santos, 2021).

Tendo em conta os autores supracitados, a presente revisão sistemática da literatura caracteriza-se por ser uma meta-síntese, ou seja, consiste num “processo interpretativo” que exige que os “revisores categorizem os achados dos estudos; agreguem as categorias para desenvolver achados pertinentes” (Cunha & Santos, 2021, p. 35).

Questão de investigação e estratégia de pesquisa

Esta revisão sistemática foi realizada através da metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA), tendo por base os critérios PI[C]OD (cf. tabela 1).

Tabela 1. Critérios PI[C]OD

P - Participantes	Parturiente
I - Intervenção	Musicoterapia
C - Comparação	Grupo de controlo (sem uso da musicoterapia) vs. grupo de intervenção (aplicação da musicoterapia)
O - Resultados	Redução do stresse no trabalho de parto

Uma revisão sistemática pode ter um conjunto de objetivos a serem alcançados, mas a formulação do problema, a partir do qual evolui a questão da pesquisa, é o objetivo principal, sendo o seu foco importante (Donato & Donato, 2019). Partindo desta premissa, definiu-se a seguinte questão de investigação: “*Será que a musicoterapia reduz o stresse da parturiente durante o trabalho de parto?*”

Para a identificação de estudos relevantes, que nos permitam responder à questão de investigação formulada, procedeu-se primeiramente à definição da expressão de busca e à escolha das bases de dados onde a mesma foi efetuada. O glossário MeSH da *National Library of Medicine* (NLM) foi usado para identificar os termos MeSH mais adequados para cada descritor da expressão de busca. Estes descritores foram conjugados com os operadores booleanos AND e OR, tendo resultado na expressão de busca composta exclusivamente por termos MeSH: (Music Therapy) AND ((Stress Disorders, Traumatic, Acute) AND ((Labor, Obstetric))), que foi empregue, a 21 de outubro de 2022, na pesquisa de artigos nas bases de dados PubMed/MEDLINE®, Cinalh Complete e *Web of Science*.

Seleção dos estudos

A presente revisão sistemática da literatura incluiu artigos originais, realizados em seres humanos (parturiente) e que avaliem quantitativamente a redução do stresse durante o trabalho de parto. Os critérios de seleção que foram aplicados, concretamente, à seleção dos estudos para inclusão nesta revisão sistemática estão descritos na Tabela 2:

Tabela 2. Critérios de inclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Inclusão		
Design/Métodos:	Âmbito	Publicação
<ul style="list-style-type: none"> Em seres humanos (parturiente); Trabalho de parto; Grupo/leituras de controlo válidas; Amostra >10 parturientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Com uso da técnica não farmacológica musicoterapia; Avaliação da redução do stresse; Com avaliação quantitativa dos níveis de stresse. 	<ul style="list-style-type: none"> Ser artigo original (estudo primário); Texto integral disponível; Escrito em língua inglesa e portuguesa.

Foi exigida a observância cumulativa de todos os critérios enumerados na Tabela 1 para a seleção final e inclusão na presente revisão sistemática. Nesta fase, foram selecionados os estudos a incluir de acordo com os critérios pré-definidos.

Procedeu-se à remoção das entradas duplicadas nas bases de dados pesquisadas. Os títulos e os resumos foram avaliados a fim de se removerem os estudos que, claramente, não se enquadravam nos critérios de inclusão definidos. Este processo envolveu dois investigadores para minimizar o viés e como forma de garantir que não eram excluídos estudos importantes. Após esta primeira seleção, seguiu-se a avaliação dos textos completos, uma vez mais com vista a eliminar os que não estavam abrangidos pelos critérios de inclusão. Para todos os artigos excluídos foram registados os motivos de exclusão

Extração de dados

Todos os artigos considerados elegíveis – e por isso incluídos nesta revisão sistemática – foram sujeitos a processo de extração e tabulação de dados com recurso ao *software Microsoft® Excel*. De cada um dos artigos, foram extraídos os dados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Dados extraídos dos estudos incluídos

Informações gerais	Amostra	Irradiação	Avaliação	Principais resultados
Primeiro autor, ano Título	País Tamanho	Técnica não farmacológica musicoterapia	Níveis de stresse	Redução do stresse durante o trabalho de parto

Importa referir que a extração de dados foi efetuada de forma isolada por dois revisores independentes, com elaboração de uma “tabela de evidências” de todos os estudos incluídos e que constituem o *corpus* de estudo, como sugerem Cunha e Santos (2021, p. 99), não tendo ocorrido discordâncias sobre a extração dos dados.

4. Resultados

Pesquisa e seleção dos estudos

As pesquisas efetuadas nas bases de dados *Pubmed* (n=60), *CINAHL* (EBSCO) (n=87) e *Web of Science* (n=42) totalizaram 189 registos. Os registos obtidos nas pesquisas foram exportados para uma base de dados do Microsoft® Excel. Numa primeira fase removeram-se os registos duplicados em ambas as bases de dados (n=62) e os que não se tinha acesso ao texto integral (n=6), tendo transitado para a fase seguinte 127 registos. Destes, foram excluídos 72 por título, ou seja, não se tratavam de artigos originais (primários). Transitaram para a fase seguinte 55 registos, dos quais excluíram-se 41 pela leitura do resumo, particularmente porque surgia o termo *stress*, mas avaliavam unicamente a ansiedade e porque eram estudos qualitativos (estudos de caso). Assim, 14 artigos foram avaliados quanto à respetiva elegibilidade, com base nos critérios de inclusão pré-definidos. Através deste procedimento foram excluídos 11 artigos por não apresentarem grupo ou leituras de controlo válidas; Deste modo, foram incluídos na presente revisão sistemática da literatura 3 artigos que cumprem integralmente os critérios de seleção pré-definidos. Na figura 1 é possível observar o fluxograma PRISMA referente às 3 etapas de seleção dos artigos: identificação, seleção e inclusão.

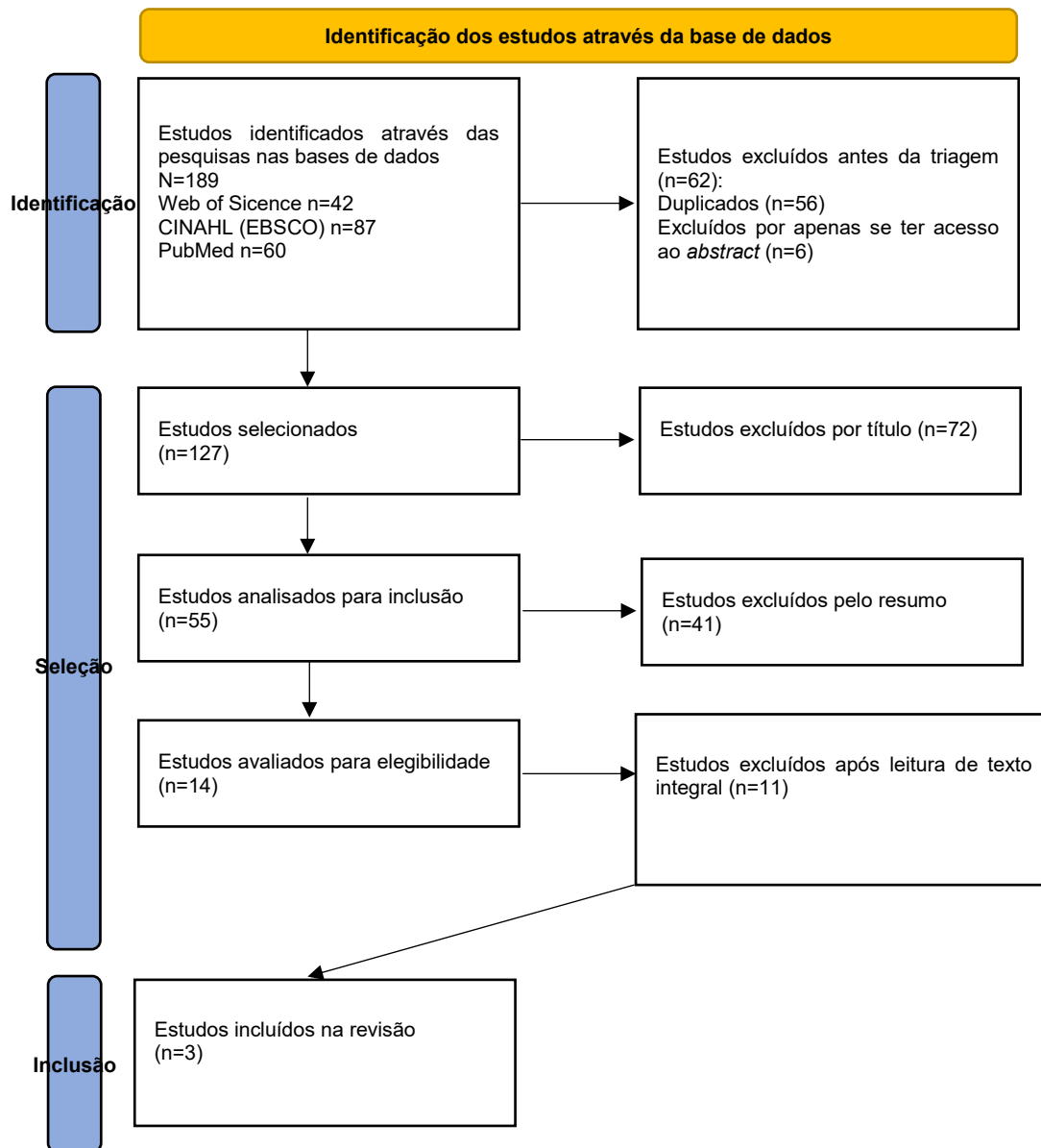


Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA
Fonte: Adpatado de McKenzie et al. (2020).

Na Tabela 4, apresentam-se os artigos selecionados para a revisão sistemática da literatura numerados, identificando os seus autores, a data, país e o respetivo título.

Tabela 4. Identificação dos Artigos Científicos

N.º	Autores	Ano	País	Título
Estudo 1	Park & Sung	2017	Coreia do Sul	<i>Effects of Music Therapy on Stress of Preterm Labor and Uterine Contraction in Pregnant Women with Preterm Labor</i>
Estudo 2	Guo et al.	2022	China	<i>Effect of Music Therapy Combined with Free Position Delivery on Labor Pain and Birth Outcomes</i>
Estudo 3	Wan & Wen	2018	China	<i>Effects of acupressure and music therapy on reducing labor pain</i>

Os três artigos que integram este estudo identificam os efeitos da musicoterapia na redução do stresse em parturientes durante o trabalho de parte, o que é descrito na Tabela 5, onde se apresenta a análise de conteúdo informacional dos estudos, tendo em conta as variáveis: identificação do estudo, objetivos, tipo de estudo, amostra e respetivos resultados.

Tabela 5. Análise do conteúdo informacional dos estudos

Estudo	Objetivos	Tipo de estudo	Amostra	Resultados
E1	Avaliar os efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto	Estudo experimental, controlado randomizado	35 parturientes com parto prematuro (20 a 37 semanas de gestação), randomizadas em grupo de controlo (n=18) que receberam apenas medidas não farmacológicas; grupo experimental (n=17) recebeu musicoterapia, como intervenção adicional.	Houve diferença estatisticamente significativa na redução do stresse durante o trabalho de parto ($z=-3.368$, $p<0.001$) entre os dois grupos. A musicoterapia consistiu-se num método eficaz para reduzir o stresse de parturientes durante o trabalho de parto prematuro.
E2	Avaliar os efeitos clínicos da musicoterapia combinada com a liberdade de movimentos para a redução da ansiedade e stresse e diminuição do tempo de trabalho de parto.	Estudo experimental, controlado randomizado	440 primíparas com parto vaginal, divididas em grupo de intervenção (musicoterapia e liberdade de movimentos) e grupo de controlo.	O grupo experimental, com combinação de aplicação da musicoterapia e liberdade de movimento, teve melhores resultados na pontuação <i>Chinese Perception of Labor Pain Questionnaire</i> (PLPQ), redução de hemorragia pós-parto, integridade do períneo e redução da ansiedade e stresse no trabalho de parto. A combinação da musicoterapia e liberdade de movimento exigiu menos intervenção médica durante o parto.
E3	Avaliar os efeitos clínicos da acupressão e da musicoterapia no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto; averiguar se a combinação de ambas as intervenções reduz a ansiedade e o stresse durante o trabalho de parto e parto.	Estudo experimental, controlado randomizado	241 parturientes foram aleatorizadas em quatro grupos: grupo de acupressão (n=60); grupo com musicoterapia (n=60), grupo combinado (n=62) que recebeu acupressão e musicoterapia) e grupo de controlo (n=59).	Acupressão ou a musicoterapia reduziram significativamente a ansiedade, stresse e a dor durante o trabalho de parto. A acupressão diminuiu a pressão uterina em comparação com a musicoterapia, enquanto estas revelou mais benefícios na redução dos níveis de ansiedade e de stresse das parturientes do que a acupressão. A terapia combinada reduziu significativamente a intensidade da dor com resultados mais elevados em relação à aplicação das terapias isoladamente. Contudo, não foi encontrada qualquer diferença

				significativa entre a terapia combinada e as terapias únicas nos níveis de ansiedade e de stresse. A musicoterapia revelou melhores efeitos para tranquilizar as parturientes.
--	--	--	--	--

5. Discussão

A revisão sistemática da literatura teve como linha orientadora sistematizar as evidências científicas sobre os efeitos da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto, tendo sido considerados três estudos com qualidade metodológica e que responderam à questão de investigação, bem como permitem uma análise de aplicabilidade. Assim, segue-se a discussão dos principais resultados, tendo em conta as orientações de Cunha e Santos (2021, p. 140), segundo os quais devem “fornecer uma descrição concisa”, no entanto, “não deve simplesmente repetir o texto já apresentado”.

Os três artigos incluídos na revisão sistemática da literatura eram estudos experimentais, controlados randomizados, ou seja, as mulheres foram divididas em grupo de controlo e grupo experimental, o que permitiu uma estimativa do efeito da musicoterapia na redução do stresse durante o trabalho de parto. Após a análise dos detalhes de todos os estudos incluídos, ou seja, as participantes, as intervenções, os comparadores as medidas de resultado, o desenho de estudo e os resultados, constatou-se que facilitar todo o processo de trabalho de parto é uma questão global, tendo em conta as recomendações da OMS (2018), que preconiza cuidados de maternidade respeitosos, que se refere a cuidados organizados para todas as mulheres de uma forma que mantenha a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus-tratos e permitem uma escolha informada e contínua, apoio durante o trabalho de parto e parto; recomenda também o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde implicados no trabalho de parto, utilizando métodos simples e culturalmente aceitáveis.

Os estudos considerados revelam que muitas estratégias não farmacológicas têm sido desenvolvidas para ajudar as parturientes a lidarem com todo o processo inerente ao trabalho de parto, incluindo sobretudo a gestão da dor, redução dos níveis de ansiedade e de stresse, bem como para melhorar a experiência do trabalho de parto e aumentar a sua satisfação quer em relação à própria experiência vivenciada, que no que diz respeito aos cuidados que lhe foram prestados, estando em conformidade com as recomendações da OMS (2018). Chang et al. (2022) também constaram, na sua revisão sistemática da literatura, que as estratégias não farmacológicas, entre as quais se incluía a musicoterapia, contribuíram para a redução da ansiedade, stresse e dor ao longo do trabalho de parto. Todavia, registaram que, das estratégias consideradas, a análise das probabilidades de classificação da meta-análise da rede sugeriu que o Método Bonapace apresentou maior probabilidade de ser a estratégia mais eficaz na redução da dor de parto, seguida de acupressão, sendo a musicoterapia a que maior eficácia revelou na redução do stresse e ansiedade das parturientes.

Os estudos considerados para esta revisão sistemática da literatura são reiterantes quanto ao facto da necessidade de se aplicarem medidas não farmacológicas às parturientes, prestando-lhes cuidados personalizados, o que requer respeitar a decisão da mulher, a fisiologia do trabalho de parto, a singularidade do trabalho de parto de cada mulher, promovendo o conforto de cada parturiente. Estas premissas traduzem-se em ações inerentes ao cuidado personalizado na sala de partos (Park & Sung, 2017; Wan & Wen, 2018; Guo et al., 2022). De igual modo, houve consenso quanto ao facto de as mulheres dos grupos de intervenção com musicoterapia relataram ter recebido apoio positivo por parte dos enfermeiros ao longo de todo o trabalho de parto, o que, conjugado com os efeitos relaxantes da música, se traduziu numa experiência muito positiva e satisfatória das mesmas, o que está em consonância com o que é reportado pela literatura específica na área, ou seja, está documentado que as intervenções com recurso à musicoterapia têm um efeito na diminuição da dor, ansiedade, stresse e analgesia (Lin et al., 2019).

Uma revisão sistemática da Cochrane Database mostrou que as intervenções baseadas na musicoterapia podem reduzir, a ansiedade e o stresse durante a gravidez e trabalho de parto (Corbijn Van Willenswaard et al., 2017). Todavia, o mesmo estudo salienta que as evidências relativas à eficácia de intervenções musicais durante o trabalho de parto na redução da ansiedade e do stresse deve ser tema de mais investigações de qualidade metodológica.

No E2 de Guo et al. (2022), as parturientes do grupo de intervenção, mostrou a eficácia acrescida da combinação de aplicação da musicoterapia e liberdade de movimento, reduzindo as hemorragias pós-parto, a integridade do períneo e a redução da ansiedade e stresse no trabalho de parto. A combinação da musicoterapia e liberdade de movimento exigiu menos intervenção médica durante o parto, o que corrobora outros estudos, onde está documentado que a qualidade dos cuidados prestados no trabalho de parto e parto devem espelhar uma prática de respeito pela singularidade de cada parturiente, promovendo-lhe conforto e atender aos seus desejos, o que também resulta na diminuição de intervenções desnecessárias, nomeadamente a episiotomia e as cesarianas, com um incentivo de práticas que não intervêm na fisiologia do processo do parto, com bons resultados maternos e fetais, sendo a promoção do conforto à parturiente uma condição *sine qua non* por parte da equipa multiprofissional, onde se destacam os enfermeiros EESMO (Maputle, 2018; Choubsaz et al., 2018; Chuang et al., 2018). Estes resultados também evidenciados no E3 de Wan e Wen (2018), onde as mulheres, com aplicação da acupressão ou da musicoterapia, relataram uma diminuição significativa da ansiedade, do stresse e da dor durante o trabalho de parto.

A OMS (2018) recomenda que estejam reunidas todas as condições seguras para a promoção de um parto humanizado, o que implica necessariamente o respeito da vontade expressa da mulher, que deve deter a oportunidade de fazer uma escolha sobre o tipo de medidas não farmacológicas a utilizar durante o trabalho de parto. Assim, compete ao enfermeiro EESMO encorajar as mulheres a adotar as medidas não farmacológicas que lhes proporcionem mais conforto, resultando, assim, numa experiência positiva do trabalho de parto e parto. O recurso a medidas não farmacológicas associa-se a inferiores números de episiotomia, aumento da integridade do períneo e menos recurso a intervenções instrumentais.

Conclusão

Tendo em conta que o documento que se apresenta não é estanque nas partes que o constituem, começa-se por referir os ganhos adquiridos durante toda a formação teórico-prática. Ao longo dos vários estágios procurou-se prestar cuidados de enfermagem especializados, tendo como base a evidência científica e uma visão holística de quem se cuidava, tendo em conta que cada pessoa é um ser único com as suas necessidades e receios próprios que diferem dos demais, mesmo quando as situações são análogas. A prática reflexiva é de extrema importância no exercício profissional do enfermeiro EESMO e revela-se fundamental num contexto de formação, o que implica necessariamente uma reflexão sobre a ação, na ação e para a ação, pois esta análise metareflexiva favorece o crescimento pessoal e profissional e o desenvolvimento do pensamento crítico, com reflexos diretos na melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados prestados. Assim, julga-se que se desenvolveu uma prática profissional segura, responsável e profissional, estando-se consciente do âmbito e limite das intervenções.

Assim, e como forma de se destacar as oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos mais importantes ou de maior relevância no contexto dos estágios, fez-se uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), que espelha claramente a análise relativa à construção do relatório de aprendizagens e ao estudo de investigação.

Como pontos fortes, salientam-se, desde logo, o plano curricular do Curso de Mestrado em ESMO, a excelência dos docentes, orientadoras e tutoras. Todo o percurso efetuado contribuiu para a melhoria da prestação de cuidados prestados à mulher/recém-nascido/casal/família, sustentados na prática baseada na evidência. Outro ponto forte refere-se, *a priori*, à motivação pela qual se ingressou no Mestrado de SMGO, a qual se deveu ao facto de ser um área com a qual me identifico, considerando o público-alvo (pais e respetivos bebés), sendo também uma área abrangente que requer a aquisição de conhecimentos específicos e desenvolvimento de competências. Assim, esta formação especializada permitir-me-á exercer com mais rigor as funções associadas à saúde materna, obstétrica e ginecológica. Sinto-me privilegiada por ter ingressado neste Mestrado, pois serviu de sólido alicerce para trabalhar no início da vida de um ser humano, estar presente neste momento especial para os pais (pai/mãe), uma experiência deveras gratificante. Adquiri os conhecimentos que necessitava de forma a poder apoiar/auxiliar os pais neste momento tão importante da sua vida; promover a saúde física e mental da mulher, como mulher e como mãe. Experimentei situações menos agradáveis que me permitiram perceber que esta área nem sempre está associada a uma “bolha de felicidade” e conseguir dar apoio àqueles que passam por estes momentos. Todavia, tudo se traduziu numa mais-valia para o meu crescimento pessoal e profissional. Foi um privilégio poder acompanhar todo o

processo de gravidez, trabalho de parto, parto e pós parto. Assim, considero ter alcançado os objetivos a que me propus, o que se deveu muito ao contacto com profissionais peritos na área, os quais me forneceram/partilharam conhecimentos valiosos que me tornaram uma melhor profissional.

Como pontos fracos, saliento o facto de algumas incompatibilidades, sobretudo, no estágio na Sala de Partos, cuja mudança de local de estágio se constituiu inicialmente como negativa, o que implicou um esforço acrescido para me adaptar e integrar num serviço totalmente novo.

Assumiram-se, como oportunidades, a promoção de cuidados humanizados e culturalmente congruentes à mulher/recém-nascido/família, melhoria da qualidade dos cuidados, como garantir conforto à mulher durante o trabalho de parto, com recurso a medidas não farmacológicas, onde se destaca a musicoterapia, seguindo com rigor os procedimentos baseados nas evidências científicas e na observação desta prática por profissionais peritos. Potenciar-se novos desafios na formação dos enfermeiros EESMO no âmbito dos benefícios das medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto e parto para a redução da dor, dos níveis de stresse e ansiedade, potenciando-se, deste modo, o conforto à parturiente, pois os resultados da revisão sistemática da literatura comprovaram que o recurso à musicoterapia reduz os níveis de stresse da parturiente ao longo do trabalho de parto, com resultados positivos no parto.

Por fim, viram-se, como ameaças, as limitações encontradas na realização da revisão sistemática da literatura, em primeiro lugar, o facto de a grande maioria dos estudos, situados no friso temporal de 2017-2022, se centrarem mais nos efeitos da musicoterapia na redução da dor e da ansiedade durante o trabalho de parto, sendo escassos os estudos primários recentes cuja variável dependente tivesse sido apenas o recurso à musicoterapia para redução dos níveis de stresse durante o trabalho de parto. Todavia, pode dizer-se que os resultados obtidos são consistentes com estudos anteriores relacionados com os efeitos da musicoterapia na redução dos níveis de stresse das mulheres durante o trabalho de parto, ou seja, a investigação efetuada tem implicações inequívocas para a prática suportada em evidências. Em segundo lugar, o número de ensaios incluídos serem limitados, tornando difícil a execução de meta-análise que permitisse avaliar com mais precisão o impacto das variáveis que pudessem afetar a heterogeneidade dos resultados. Em terceiro lugar, o tempo de avaliação dos resultados e os tipos de música em cada estudo variou, limitando, assim, potencialmente a aplicação prática de alguns resultados. Apesar de se ter selecionado os resultados semelhantes ao nível da avaliação dos resultados de cada estudo, verificou-se elevada heterogeneidade para que se pudesse realizar a meta-análise dos níveis de stresse antes e após a intervenção com a

musicoterapia e os grupos de controlo, incluídos no subgrupo de análise. O nível de stresse mudou, em grande medida, durante o trabalho de parto. Finalmente, a variação entre os três estudos incluídos em termos de características das participantes, conceção da intervenção e o tempo de avaliação dos resultados devem ser fatores considerados. Face a tal, sugere-se a realização de um estudo primário para que se possa ter um conhecimento mais efetivo do fenómeno em estudo, ou seja, para que se haja maior visibilidade da eficácia da musicoterapia na redução dos níveis de stresse em mulheres durante o trabalho de parto.

Termina-se com a certeza que prestar cuidados à mulher durante o trabalho de parto requer competências e conhecimentos especializados. O desenvolvimento profissional contínuo deve ser a tônica central para o patamar de enfermeira perita/especialista. Assim, esta formação especializada constitui-se como vital para alcançar novos conhecimentos e desenvolver competências que me permitirão indiscutivelmente saber ser e saber fazer na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica, alcançar uma prática profissional de excelência, uma vez que, segundo Benner (2005), os enfermeiros especialistas deixam de se reger apenas por princípios, regras ou diretrizes para associar situações e determinar ações. Têm um manancial de experiência mais profundo e uma compreensão intuitiva das situações clínicas. Os seus desempenhos são fluidos, flexíveis e altamente proficientes. Assim, vejo a experiência adquirida como um pré-requisito para me tornar numa enfermeira especialista/perita.

Referências bibliográficas

- Ainsworth, B., Marshall, J. E., Meron, D., Baldwin, D. S., Chadwick, P., Munafò, M. R., & Garner, M. (2015). Evaluating psychological interventions in a novel experimental human model of anxiety. *Journal of psychiatric research*, 63, 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.02.001>
- Alves M. A. C. (2004). *Etapas da metodologia de projeto*. O PROFESSOR. (nº 85), (vol. III). Pp. 30-37.
- Alves, E.P., & Almeida, G.O. (2020). A importância do aleitamento na primeira hora de vida. *Fac. Sant'Ana em Revista, Ponta Grossa*; Vol. 4, 101-108. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/index>
- Alves, E.P., & Almeida, G.O. (2020). A importância do aleitamento na primeira hora de vida. *Fac. Sant'Ana em Revista, Ponta Grossa*; Vol. 4, 101-108. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/index>
- Amaliya, S., Rustina, Y., & Agustini, N. (2017). *Comparison of Various Kangaroo Mother Care Carriers on Maternal Comfort: A Pilot Study. Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40(sup1), 52–61. doi:10.1080/24694193.2017.1386971
- Aromataris, E., Munn, Z. (Editors) (2020).. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bainbridge, C., Youngers, J., Bertolo, M., Atwood, S., Lopez, K., Xing, F., ... & Mehr, S. (2020). Infants relax in response to unfamiliar foreign lullabies. *Nature Human Behaviour*
- Benner, P. (1984). *From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative Edition ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Health.
- Benner, P. (2005). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*; Vol. 24 (3), 188-199.
- Beyene, M. G., Geda, N. R., Habtewold, T. D., & Assen, Z. M. (2016). *Early initiation of breastfeeding among mothers of children under the age of 24 months in Southern Ethiopia. International Breastfeeding Journal*, 12(1). doi:10.1186/s13006-016-0096-3
- Bowlby, J. (2006). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.

- Broca, P. V., & Ferreira, M. de A. (2014). A Equipe de Enfermagem e a comunicação não verbal. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(3), 697–702. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140051>
- Buek, K.W., O’Neil, M., & Mandell, D. (2022). Opportunities and challenges for family-centered postpartum care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study of nurse perspectives.
- Cadwell, K., Brimdyr, K., & Phillips, R. (2018). Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding in the First Hour After Birth. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 13(7), 485–492. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0048>
- Carvalho, E. (2018). Fundamentação de um programa de musicoterapia pré-natal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Vol. 1, 1, 109-116. Acedido em <https://www.redalyc.org/journal/3498/349855553012/html/>
- Cetin, F. C., Tan, A., Merih, Y. D. (2017). The Effects of Turkish Music on Pregnancy And 9 Newborn. *Medical Bulletin of Zeynep Kamil*, 48(3), 124-130.
- Chanda, M. L., & Levitin, D. J. (2013). *The neurochemistry of music. Trends in Cognitive Sciences*, 17(4), 179–193. doi:10.1016/j.tics.2013.02.007
- Chang C-Y, Gau M-L, Huang C-J, Cheng H-m (2022) Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS ONE* 17(1): e0261493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261493>
- Chen, E.-M., Gau, M.-L., Liu, C.-Y., & Lee, T.-Y. (2017). *Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. Nursing Research and Practice*, 2017, 1–8. doi:10.1155/2017/8612024
- Choubsaz M, Rezavand N, Bayat A, Farhadi K, Amirifard N. 2018. Comparison between the effect of ear plug and music in reducing anxiety in patients undergoing elective cesarean section under spinal anesthesia. *Kuwait Medical Journal* 50:37–42.
- Chuang C-H, Chen P-C, Lee C-S, Chen C-H, Tu Y-K, Wu S-C. 2018. Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 75(4):723–733
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Corbijn van Willenswaard, K., Lynn, F., McNeill, J., McQueen, K., Dennis, C.-L., Lobel, M., & Alderdice, F. (2017). *Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a*

- systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 17(1).* doi:10.1186/s12888-017-1432-x
- Cunha, M., & Santos, E. (2021). *Revisão sistemática da literatura com meta-análise: um guia prático para iniciantes*. Lisboa, Porto, Viseu Aveiro: Edições Esgotadas.
- De Oliveira, G. L., de Oliveira, M. E., de Oliveira Macêdo, E., Andrade, A. C., & Edvan, R. L. (2019). *Effect of shading and canopy height on pasture of Andropogon gayanus in silvopastoral system. Agroforestry Systems.* doi:10.1007/s10457-019-00458-5
- De Witte, M., Pinho, A. da S., Stams, G.-J., Moonen, X., Bos, A. E. R., & van Hooren, S. (2020). *Music Therapy for Stress Reduction: A Systematic Review and Meta-Analysis. Health Psychology Review, 1–64.* doi:10.1080/17437199.2020.1846580
- de Witte, M., Spruit, A., van Hooren, S., Moonen, X., & Stams, G. J. (2020). Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses. *Health psychology review, 14,* 294-324. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1627897>
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. RELATÓRIO 2015 Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal.* Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15603/1/d217357.pdf>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). *Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. Acta Médica Portuguesa, 32(3), 227.* doi:10.20344/amp.11923
- Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030). 2, 108. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2015.11.011>
- Feeley, N., Genest, C., Niela-Vilén, H. *et al.* (2016) Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Pediatr, 16,* 134. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0663-1>
- García, J., Ventura, M. I., Requena, M., Parrón, T. & Alarcón, R. (2018). Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: a randomized controlled trial. *J. Matern.-Fetal Neonat. Med. 31(8), 1058-1065.*
- Gibson, R., & Kilcullen, M. (2020). *The impact of web-cameras on parent-infant attachment in the neonatal intensive care unit. Journal of Pediatric Nursing.* doi:10.1016/j.pedn.2020.01.009

- Gilmer, C., Buchan, J. L., Letourneau, N., Bennett, C. T., Shanker, S. G., Fenwick, A., & Smith-Chant, B. (2016). *Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. International Journal of Nursing Studies, 59*, 118–133. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015
- Gokyildiz Surucu, S., Ozturk, M., Avcibay Vurgec, B., Alan, S., & Akbas, M. (2018). *The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. Complementary Therapies in Clinical Practice, 30*, 96–102. doi:10.1016/j.ctcp.2017.12.015
- Guo, H., Que, M., Shen, J., Nie, Q., Chen, Y., Huang, Q., & Jin, A. (2022). Effect of Music Therapy Combined with Free Position Delivery on Labor Pain and Birth Outcomes. *Applied bionics and biomechanics, 2022*, 8963656. <https://doi.org/10.1155/2022/8963656>
- Hepp, P., Hagenbeck, C., Gilles, J., Wolf, O. T., Goertz, W., Janni, W., ... Schaal, N. K. (2018). *Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. BMC Pregnancy and Childbirth, 18*(1). doi:10.1186/s12884-018-2069-6
- Hepp, P., Hagenbeck, C., Gilles, J., Wolf, O.T., Goertz, W., Janni, W., Balan, P., Fleisch, M., Fehm, T., & Schaal, N.K. (2018). Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancy Childbirth*; 18, 435. Teckenberg-Jansson, P., Turunen, S., Pölkki, T., Lauri-Haikala, M.-J., Lipsanen, J., Henelius, A., Aitokallio-Tallberg, A., Pakarinen, S., Leinikka, M., & Huutilainen, M. (2019). Effects of live music therapy on heart rate variability and self-reported stress and anxiety among hospitalized pregnant women: A randomized controlled trial. *Nord. J. Music. Ther.*; 28, 7–26.
- Hepp, P., Hagenbeck, C., Gilles, J., Wolf, O.T., Goertz, W., Janni, W., Balan, P., Fleisch, M., Fehm, T., & Schaal, N.K. (2018). Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancy Childbirth*; 18, 435. Teckenberg-Jansson, P., Turunen, S., Pölkki, T., Lauri-Haikala, M.-J., Lipsanen, J., Henelius, A., Aitokallio-Tallberg, A., Pakarinen, S., Leinikka, M., & Huutilainen, M. (2019). Effects of live music therapy on heart rate variability and self-reported stress and anxiety among hospitalized pregnant women: A randomized controlled trial. *Nord. J. Music. Ther.*; 28, 7–26.
- Hernández M. A. et al. (20107). Validação da capacidade preditiva do resultado do nascimento do índice de Bishop e Burnett modificado por paridade Anais Sis San Navarra; 40 (3): 351- 360. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272017000300351&lng=en. <http://dx.doi.org/10.23938/as.sn.0043>.

Int J Clin Exp Med 2018;11(2):898-903 www.ijcem.com /ISSN:1940-5901/IJCEM0055542

Koelsch, S. (2015). *Music-evoked emotions: principles, brain correlates, and implications for therapy*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 193–201. doi:10.1111/nyas.12684

Lelis B. D. B, de Sousa M. I., de Mello D. F., Wernet M., Velozo A. B. F., & Leite A. M. (2018). Acolhimento materno no contexto da prematuridade. *Rev enferm UFPE on line*, 12(6), 1563-1569. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230763p1563-1569-2018>

Lin, H. H., Chang, Y. C., Chou, H. H., Chang, C. P., Huang, M. Y., Liu, S. J., Tsai, C. H., Lei, W. T., & Yeh, T. L. (2019). Effect of music interventions on anxiety during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 7, e6945. <https://doi.org/10.7717/peerj.6945>

Lin, H. H., Chang, Y. C., Chou, H. H., Chang, C. P., Huang, M. Y., Liu, S. J., Tsai, C. H., Lei, W. T., & Yeh, T. L. (2019). Effect of music interventions on anxiety during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 7, e6945. <https://doi.org/10.7717/peerj.6945>

Lin, H. H., Chang, Y. C., Chou, H. H., Chang, C. P., Huang, M. Y., Liu, S. J., Tsai, C. H., Lei, W. T., & Yeh, T. L. (2019). Effect of music interventions on anxiety during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ*, 7, e6945. <https://doi.org/10.7717/peerj.6945>

Maputle, M. S. (2018). *Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). doi:10.1186/s12884-018-1860-8

McCaffrey, T., Cheung, P. S., Barry, M., Punch, P., & Dore, L. (2020). *The role and outcomes of music listening for women in childbirth: An integrative review*. *Midwifery*, 83, 102627. doi:10.1016/j.midw.2020.102627

Mehr, A., Singh, M., Knox, D., Ketter, D. M., Pickens-Jones, D., Atwood, S., et al. (2019). Universality and diversity in human song. *Science* 366:eaax0868. doi:10.1126/science.aax0868

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress* (Lippincott Williams & Wilkins (ed.); 5a).

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Despacho n.º 10 724/2006, N.º 93 — 15 de Maio de 2006. (2.a série). *Diário da República — II Série* 6999. Disponível em https://www.uc.pt/ge3s/pasta_docs/comissao_acomp_ciclos_estudo
- Miranda, M.C., Hazard, S.O., & Miranda, P.V. (2017). La música como una herramienta terapéutica en medicina. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.*; 55, 266–277.
- Miranda, M.C., Hazard, S.O., & Miranda, P.V. (2017). La música como una herramienta terapéutica en medicina. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.*; 55, 266–277.
- Mourato, C.M. (2015). *Preparação para a parentalidade intervenções do EEESMO que contribuem para uma parentalidade saudável*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. URI: <http://hdl.handle.net/10400.26/16406>
- OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: Vol. WHO-RHR-18 (Issue 8). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-careguidelines/es/>
- OMS. (2016).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Parecer N.º 275/2010 - Realização de cardiocografia.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº 26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2.ª Série, 85, 13560–13565.
- Original Article Effects of acupressure and music therapy on reducing labor pain Qun Wan1 , Fang-Yuan Wen2
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ*, n71. doi:10.1136/bmj.n71
- Park, H.-J., & Sung, M.-H. (2017). *Effects of Music Therapy on Stress of Preterm Labor and Uterine Contraction in Pregnant Women with Preterm Labor*. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 23(2), 109. doi:10.4069/kjwhn.2017.23.2.109

- Patyal, Neha MSN; Sheoran, Poonam PhD; Sarin, Jyoti PhD; Singh, Jeevan BSN; Jesika, Khurana BSN; Kumar, Jony BSN; Banyal, Kajal BSN; Chauhan, Kamal BSN; Tanwar, Karamvir BSN; Siani, Komal BSN; Kaur, Komalveer BSN. A Quality Improvement Initiative: Improving First-hour Breastfeeding Initiation Rate among Healthy Newborns. *Pediatric Quality and Safety*: July/August 2021 - Volume 6 - Issue 4 - p e433 doi: 10.1097/pq9.0000000000000433
- Pérez-Escamilla, R., Martínez, J. L., & Segura-Pérez, S. (2016). *Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 402–417. doi:10.1111/mcn.12294
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Sheese, B. E., & Voelker, P. (2014). *Developing Attention: Behavioral and Brain Mechanisms. Advances in Neuroscience*, 2014, 1–9. doi:10.1155/2014/405094
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S. y Nunes, E. 2022. Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados – revisión scoping . *Enfermería Global*. 21, 2 (abr. 2022), 594–637. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>.
- Roosbeh, N., Azizi, M., & Darvish, L. (2017). Pregnancy Outcome of Abnormal Nuchal Translucency: A Systematic Review. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 11(3), QC12–QC16. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/23755.9384>
- Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E. L. N., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>
- Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>
- Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>
- Santos, F.M.P., de Souza, L.A., Santana, M.D.O., Sales, O.P., & Barbosa, E.F. (2021). Amamentação na primeira hora de vida: importância e óbices à sua realização.

Revista Multidebates; Vol. 5, 2, 10-25. Disponível em <http://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/329/315>

- Schrauwen, L., Kommers, D. R., & Oetomo, S. B. (2018). Viewpoints of Parents and Nurses on How to Design Products to Enhance Parent-Infant Bonding at Neonatal Intensive Care Units: A Qualitative Study Based on Existing Designs. *HERD*, 11(2), 20–31. <https://doi.org/10.1177/1937586717728483>
- Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*. 1994 Summer;26(2):119-27. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x. PMID: 8063317.
- Silva, O. L. de O., Rea, M. F., Venâncio, S. I., & Buccini, G. dos S. (2018). *The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(3), 481–489. doi:10.1590/1806-93042018000300003
- Tabarro, C.S., Campos, L.B., Galli, N.F.V., & Pereira, V.M. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Rev Esc Enferm USP*; 44(2), 445-52. Acedido em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K6H83Bqj4dQYyPbmR79rvRd/?lang=pt&format=pdf>
- Teckenberg-Jansson, P., Turunen, S., Pölkki, T., Lauri-Haikala, M.-J., Lipsanen, J., Henelius, A., ... Huotilainen, M. (2019). *Effects of live music therapy on heart rate variability and self-reported stress and anxiety among hospitalized pregnant women: A randomized controlled trial*. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(1), 7–26. doi:10.1080/08098131.2018.1546223
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K, Buist, A., Ryding, E. L. (2014). Psycho17 Social predictors of childbirth fear in pregnant women: An Australian study. *Open Journal of 18 Obstetrics and Gynecology*, 531-543. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.49075>.
- Torgal, A. (Coord.).(2019). *Programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e ao pós-parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Vink, A., & Hanser, S. (2018). Music-Based Therapeutic Interventions for People with Dementia: A Mini-Review. *Medicines (Basel)*; 8;5(4), 109. doi: 10.3390/medicines5040109.
- Wan, Q., & Wen, F.Y (2018). Effects of acupressure and music therapy on reducing labor pain. *Int J Clin Exp Med* ;11(2):898-903 www.ijcem.com /ISSN:1940-5901/IJCEM0055542

- Wulff, V., Hepp, P., Fehm, T., & Schaal, N. K. (2017). Music in Obstetrics: An Intervention Option to Reduce Tension, Pain and Stress. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 77(9), 967–975. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118414>
- Zijlmans, M.A.C., Beijers, R., Riksen-Walraven, M.J., & De Weerth, C. (2017). Maternal late pregnancy anxiety and stress is associated with children's health: a longitudinal study. *Stress*; 20(5), 495–504 DOI 10.1080/10253890.2017.1348497.

