

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Musicoterapia e aromaterapia para alívio da dor em trabalho de parto: uma intervenção do enfermeiro especialista

Lígia Karina de Castro Perdigão



Viana do Castelo, dezembro de 2018

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Musicoterapia e aromaterapia para alívio da dor em trabalho de parto: uma intervenção do enfermeiro especialista

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, ao abrigo do Despacho nº 345/2012 do Diário da República, 2ª. Série –nº 8 –11 de janeiro de 2012

Lígia Karina de Castro Perdigão

Orientadora: Maria Augusta Moreno Delgado da Torre
Especialista na Área Científica de Enfermagem
Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo



Viana do Castelo, dezembro de 2018

Perdigão, L. K. C. (2018). *Relatório de Estágio de Natureza Profissional - Musicoterapia e aromaterapia para alívio da dor em trabalho de parto: uma intervenção do enfermeiro especialista*. Viana do Castelo. Relatório Final de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal.

Palavras-chaves: TRABALHO DE PARTO; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; RELAXAMENTO; PARTURIENTE.

There's nothing more rewarding, no job more satisfying, than helping a sweet mama and her partner work together through the trials of labor to meet her baby earth side.

(CHRISTINA BROWN)

AGRADECIMENTOS

Ao Marc, o meu mais que tudo, ao meu querido filho, que já in útero vivenciou esta aventura comigo.

Aos meus Pais, pelo amor e apoio incondicional. Não sou nada sem vocês

Ao meu marido, Samuel, isto não seria possível sem ti.

À orientadora, professora Augusta Delgado, o meu mais profundo agradecimento pelo apoio, dedicação, paciência ao longo deste percurso de aprendizagem.

Aos EESMO dos locais de estágio pela forma de fomentar a minha aprendizagem, em especial a EESMO Marta Castro e Cecília Parente.

A todos os Professores do CMESMO, pelos conhecimentos que transmitiram.

Imensa gratidão a todas as grávidas e parturientes que através da sua participação possibilitaram a realização deste trabalho.

Com a ajuda de estas pessoas e com um esforço pessoal, tornou-se possível alcançar o fim desta meta, a todos os que permitiram que este sonho se tornasse realidade...muito obrigada.

Lista de Siglas e Acrónimos

AM - Aleitamento Materno
CEE - Comunidade Económica Europeia
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSH - Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CTG - Cardiotocografia- Equipas de Cuidados Continuados Integrados
EESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
ENP - Estágio de Natureza Profissional
FCF – Frequência Cardíaca Fetal
ICM - International Confederation of Midwives
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
RN – Recém-nascido
RSI - Rendimento Social de Inserção
SMO - Saúde Materna e Obstétrica
SNC - Sistema Nervoso Central
TP - Trabalho de Parto
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCV - Unidade de Convalescença de Valença
ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

INTRODUÇÃO.....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	19
1.1. Pressupostos Teóricos à Prática de Cuidados	19
1.2 Caracterização do contexto das práticas de cuidados do Estágio de Natureza Profissional	23
1.2.1 Unidade de Cuidados na Comunidade	24
1.2.2. Unidade de Cuidados Hospitalares – Sala de Partos	26
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	29
2.1. Prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	29
2.2. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.	33
3. Musicoterapia e aromaterapia para alívio da dor em trabalho de parto: intervenção do enfermeiro especialista.	42
3.1. Dor no trabalho de parto	42
3.2. Métodos não farmacológicos para alívio da dor de parto: musicoterapia e aromaterapia.....	44
3.3. Trabalho de Parto e intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica com utilização de musicoterapia e aromaterapia.....	48
3.4. Percurso metodológico da intervenção	50
3.5. Apresentação e discussão dos resultados	52
3.6. Conclusões e recomendações	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS E APÊNDICES.....	LXXI
ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da ULSAM	LXXIII
APÊNDICE I - Pedido de autorização ao conselho científico/ética da ULSAM.	LXXVII
APÊNDICE II - Consentimento informado	LXXXI
APÊNDICE III - Informação para o participante do estudo	LXXXV
APÊNDICE IV - Guião da entrevista	LXXXIX
APÊNDICE V – Matriz de redução de dados	XCIII

Resumo

INTRODUÇÃO: Com a prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica pretende-se a aquisição e desenvolvimento de competências específicas e que foram adquiridas com a realização do estágio em contexto de sala de partos e em cuidados de saúde primários. O estágio de natureza profissional teve, ainda, como alvo uma intervenção em contexto real nos domínios da prestação de cuidados e da investigação, no âmbito dos métodos não farmacológicos para alívio da dor em trabalho de parto, nomeadamente da musicoterapia e aromaterapia.

OBJETIVOS: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e pós-natal e perceber os contributos para a parturiente do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o trabalho de parto.

METODOLOGIA: Foram prestados cuidados de enfermagem especializados, baseados nos pressupostos teóricos de Watson e Neuman, à mulher inserida na família e comunidade durante os períodos pré-natal, trabalho de parto e pós-natal, promovendo-se o bem-estar materno-fetal, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando-se a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina. Implementada a intervenção com o recurso da aromaterapia e musicoterapia realizou-se a entrevista semiestruturada às parturientes com tratamento de dados através da análise de conteúdo.

RESULTADOS: O desenvolvimento de competências em cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica foi alcançado através da assistência praticada nos diferentes contextos. As parturientes identificaram contributos da intervenção, tais como a promoção do relaxamento, o alívio da dor e a redução da ansiedade e medo.

CONCLUSÕES: No estágio foi possível adquirir conhecimentos e competências científicas de forma a cumprir as orientações estabelecidas pela comunidade económica europeia para obtenção do grau de mestre e posteriormente o título de especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica pela Ordem dos Enfermeiros. Face às vivências das parturientes, considera-se importante a utilização dos métodos não farmacológicos, uma vez que foram identificados contributos positivos com a implementação destes métodos.

Palavras-chaves: TRABALHO DE PARTO; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA; RELAXAMENTO; PARTURIENTE.

Abstract

INTRODUCTION: With the provision of specialized care in maternal health and midwifery, it is intended the acquisition and development of specific skills, which were acquired through the internship in the context of the delivery room and primary health care. The professional internship aimed an intervention in a real context in the areas of care and research, in the field of non-pharmacological methods for pain relief in labor, namely music therapy and aromatherapy.

OBJECTIVES: To develop skills in the provision of specialized nursing care in maternal and obstetrical health to the woman inserted in the family and community during the prenatal period, during labor and postnatal period; and to perceive the contributions to the parturient from music therapy and aromatherapy during labor.

METHODOLOGY: Specialized nursing care, based on the theoretical assumptions of Watson and Neuman, was provided to the woman inserted in the family and community during the prenatal, labor and postnatal periods, promoting maternal-fetal well-being, effecting the delivery in a safe environment and optimizing the health of the parturient and the newborn in their adaptation to extra uterine life. Implemented the intervention with the use of aromatherapy and music therapy, the semi-structured interview was carried out with parturient with data treatment through content analysis.

RESULTS: The development of competencies in specialized nursing care in maternal health was achieved through assistance practiced in different contexts. The parturient identified interventions, such as the promotion of relaxation, pain relief, and reduction of anxiety and fear.

CONCLUSIONS: In the internship it was possible to acquire scientific knowledge and skills in order to comply with the guidelines established by the European Economic Community to obtain the master's degree and later the title of nurse specialist in maternal health and midwifery by the College of Nursing. Considering the experiences of parturient, the use of non-pharmacological methods is considered important, since positive contributions were identified with the implementation of this method.

Key-words: LABOR; OBSTETRIC NURSING; RELAXATION; PARTURIENT.

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio visa cumprir uma exigência da unidade curricular do Estágio de Natureza Profissional (ENP), integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, realizado entre os meses de julho de 2017 e janeiro de 2018.

Um dos objetivos da realização do ENP foi desenvolver e adquirir competências na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família, durante o período pré-natal e trabalho de parto e parto, confluindo para a conquista das exigências traçadas na Diretiva nº 80/155/CEE de 21 de janeiro, modificada pela Diretiva 2013/55/EU de 20 de Novembro da Comunidade Europeia, relacionadas com a certificação das qualificações profissionais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). Definiu-se a realização do estágio em contexto de Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e em Cuidados de Saúde Primários (CSP) pelo que o ENP decorreu em contexto de práticas clínicas da sala de partos do Serviço de Obstetrícia do Hospital Santa Luzia de Viana do Castelo e na Unidade de Cuidados na Comunidade de Valença do Minho.

Considerou-se, ainda, a necessária aquisição de competências específicas na área dos cuidados especializados à mulher inserida na família, durante o período pré-natal e durante o trabalho de parto e parto, para o exercício do EESMO preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, plasmadas no Regulamento nº 127/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 de 18 fevereiro de 2011.

A prática de cuidados de Enfermagem, nomeadamente dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica pautaram-se por modelos teóricos que orientaram os cuidados proporcionados. Selecionou-se o Modelo Transpessoal de Jean Watson onde o cuidado transpessoal apresenta fundamental importância para o enriquecimento profissional, pois prioriza a totalidade da atenção e considera as necessidades socioculturais e espirituais do utente. Selecionou-se, ainda, a teoria de Sistemas do Modelo Neuman em que a pessoa (sistema) é o eixo central do cuidado e a interação com o ambiente e seus stressores sempre foram levados em conta para a implementação de medidas de intervenção.

Um dos empenhos prioritários do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é ajudar as mulheres no alívio e controlo da dor do trabalho de parto, podendo ser atingido através de métodos não farmacológicos. A dor de trabalho de parto, apesar de ser um processo fisiológico, quando intensa e duradoura provoca respostas neuro-endócrinas, metabólicas e

inflamatórias prejudiciais ao bem-estar materno-fetal. Um dos aspetos que mais preocupam das mulheres durante a gravidez é o momento do parto, provocando nelas sensações conflituantes, entre uma mistura de medo e confiança. A dor nessa circunstância é reconhecida como uma das mais intensas que as mulheres vivenciam ao longo de suas vidas, sendo por isso, o seu alívio, um objeto de intervenção em obstetrícia e pelos profissionais responsáveis no cuidado da mulher em trabalho de parto.

As experiências físicas, psicológicas e socioculturais vivenciadas pela parturiente envolvem uma série de fatores que interferem na decisão ou escolha de qualquer alternativa analgésica, sendo diferente para cada mulher e para a mesma mulher diferente em cada parto. Na sociedade de hoje, existem tantos recursos efetivos da medicina terapêutica para a gestão da dor durante o parto e uma grande variedade de recursos não farmacológicos localizados no campo das terapias alternativas e complementares à referida medicina (Cambic & Wong, 2010). As razões para o crescente pedido por parte das mulheres no fornecimento dessas técnicas não farmacológicas são muito variadas, embora a mais indicada seja a de evitar os efeitos colaterais dos recursos farmacológicos (Jones et al., 2012). Atualmente existem duas visões claramente diferenciadas em relação à percepção da dor. A partir de uma primeira abordagem biomédica, seria uma situação anormal que teria que ser aliviada com analgesia e a outra abordagem mais natural, na qual a dor não seria algo contra o qual lutar mas algo a ser encorajado a produzir sua ação.

Nos últimos anos, a analgesia epidural tem sido a técnica mais utilizada para o alívio da dor, cuja principal ação é dada pelo bloqueio neuroaxial por meio de diferentes fármacos que, apesar de oferecerem diversos benefícios, não estão isentos riscos. Os principais riscos descritos são o acréscimo do período de tempo de dilatação e expulsivo, a sua maior associação a partos instrumentados e cesarianas, bem como a um aumento na incidência de febre intraparto. (Castro, López Medina, López & Rodríguez, 2015).

Diferentes alternativas para o alívio da dor têm sido propostas, entre as quais se encontra a massagem intraparto, começando a ser valorizada e estudada por organizações internacionais e descrita em inúmeras diretrizes de ação entre as quais podemos destacar: A OMS (2018) recomenda a massagem intraparto entre outros métodos alternativos para o alívio da dor do parto. Na Europa, a Guia de "Nice" um dos documentos mais reconhecidos sobre assistência ao parto, "refere a diferentes alternativas para o alívio da dor considerando, em 2007, a massagem como uma das possíveis técnicas, incentivando, assim, os enfermeiros especialistas a apoiar essa escolha por parte das mulheres. Em 2014, aconselhou-se os enfermeiros especialistas

para a orientação dessas mulheres, adotando com cada uma das delas uma posição flexível para atender às suas expectativas em relação ao parto de forma individualizada, pelo que se pode argumentar que, com a informação adequada e o apoio dos profissionais, capacitar-se-á a mulher para o momento do nascimento.

Perante o exposto surgiu a necessidade de uma intervenção identificada na prestação de cuidados especializados, em contexto de bloco de partos, em que se desenvolveu um projeto no âmbito da utilização de medidas não farmacológicas (aromaterapia e musicoterapia) para o alívio decorrente da contração uterina durante o trabalho de parto. O alívio da dor durante o trabalho de parto e parto contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ocupar um lugar prioritário nos cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. A utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o parto está direcionados para melhorar as sensações físicas, mas também para prevenir a percepção psicoemocional da dor. Como objetivos estabeleceram-se o compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso da musicoterapia e aromaterapia em trabalho de parto e identificar os contributos para a parturiente do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o trabalho de parto. Acredita-se que a parturiente sem dor terá uma experiência de parto mais tranquila e, como tal, uma atenção mais voltada para as necessidades específicas de alívio da dor da parturiente pode ajudá-la a ter um trabalho de parto e um parto mais satisfatórios. Ao identificarmos as expectativas das mulheres face aos cuidados no alívio da dor e a sua percepção face a esses mesmos cuidados no momento do trabalho de parto, pretendeu-se ir ao encontro de respostas das necessidades da parturiente. Com a realização da intervenção concluiu-se que o recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o trabalho de parto (TP) para a maioria das parturientes tornou-se como positiva e satisfatória. Pelos discursos relatados, as parturientes identificaram contributos da intervenção, nomeadamente a promoção do relaxamento, o alívio da dor, e a redução da ansiedade e medo.

Por fim importa dizer que a intervenção se tornou essencial para a reflexão crítica dos cuidados de enfermagem com especial interesse na prestação de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, querendo contribuir para uma prática de cuidados de qualidade fundamentada em evidência científica.

Este relatório está dividido em três partes distintas: na primeira parte é efetuada uma contextualização do estágio de natureza profissional na qual é apresentado o enquadramento do ENP com referência aos pressupostos teóricos que sustentaram a prática dos cuidados em enfermagem, a caracterização dos contextos de práticas clínicas onde se realizou o referido estágio e no seu elemento prático de prestação de

cuidados especializados no período pré-natal e durante o trabalho de parto. A segunda parte do relatório remete para as atividades desenvolvidas em estágio, incluindo uma descrição da aquisição de competências no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e trabalho de parto. Na terceira parte do relatório apresenta-se o projeto de intervenção com o enquadramento teórico ao tema, a metodologia, os resultados, as conclusões e recomendações. Finalmente, sucedem-se as considerações finais na qual é efetuada a síntese das ideias principais.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Das possibilidades de escolha disponíveis, correspondentes ao segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a opção recaiu para o Estágio de Natureza Profissional. A escolha surgiu com o objetivo de aperfeiçoar e adquirir as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e dar cumprimento à Diretiva nº 80/155/CEE de 21 de janeiro da Comunidade Económica Europeia (CEE). Pretendeu-se, também, desenvolver com maior profundidade as técnicas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, nomeadamente com a utilização da aromaterapia e musicoterapia.

Identificou-se que era no domínio da prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto com maior investimento para conseguir alcançar competências indispensáveis para o desempenho de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No que respeita à prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade também se mostrou a necessidade de aprendizagem, nomeadamente, no desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher e família na vigilância pré-natal.

Para esta prática de cuidados procedeu-se a uma reflexão sobre os pressupostos teóricos que promoveram a prática de cuidados especializados de Saúde Materna e Obstétrica (SMO), distinguindo-se de forma mais nítida e ajustada, a Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

1.1. Pressupostos Teóricos à Prática de Cuidados

A Teoria do Cuidado Humanizado, de Watson (1985), defende a necessidade de integrar seus preceitos teóricos às diferentes esferas da enfermagem, gestão, assistência, formação, docência e investigação. O cuidado transpessoal é uma maneira única que aborda a enfermagem e é um tipo especial de cuidado humano. Para isso depende do compromisso moral do enfermeiro em proteger e melhorar a dignidade humana que permitirá transcender o cuidado humanizado que o profissional de enfermagem privilegia na prática.

Nesta perspetiva, o desafio de utilizar a compreensão da transpessoalidade como recurso metodológico para o cuidado, sendo a introspeção capaz de estimular nos profissionais o estabelecimento de relações de cuidado mais próximas aos sujeitos que recebem a sua assistência. O profissional tem que utilizar a sensibilidade deduzindo o

que cada uma das pessoas transmite de modo subjetivo, a esperança, a dor e o medo (Nascimento & Erdmann, 2006).

A mesma autora refere que a teoria do cuidado transpessoal e humano tem como principal objetivo, para cada enfermeiro, expressar o amor e o conhecimento da enfermagem a cada pessoa. Apoia e orienta o ideal de ser e fazer da enfermagem porque, além de contemplar os aspectos atuais e humanos da profissão, insiste na assistência como essência da prática profissional e como ciência que integra teoria e prática. Dado o risco de desumanização na assistência em cuidados de enfermagem, devido à grande estrutura administrativa da maioria dos sistemas de saúde, é necessário resgatar o aspecto humano, espiritual e transpessoal na prática clínica por parte dos profissionais de enfermagem.

A Teoria Transpessoal do Cuidado Humano (Watson, 1985) acrescenta que o enfermeiro deve dar um cuidado próximo e possuir qualidades para estabelecer relações interpessoais ao cuidar através da comunicação eficaz e de relação empática. Para a mesma autora (2002) todas as atividades de enfermagem devem orientar-se para o processo de cuidar, propondo uma filosofia e uma ciência dos cuidados, unindo racionalidade e sensibilidade.

O processo de cuidar transpessoal é uma mestria devido à forma como sente as emoções a um superior critério do “eu” e a um maior equilíbrio de harmonia na mente, no corpo e na alma. O cuidado transpessoal constitui-se de tentativas transpessoais de humano para humano para proteger e preservar a humanidade, amparando a pessoa para dar significado à saúde ou doença, sofrimento e dor, ajudar o outro a ganhar conhecimento de si próprio, controle e restauração interior no qual um sentido de harmonia é restituído, apesar das condições externas. O enfermeiro é o responsável da humanidade e moralidade, coparticipante ativo nas transações humanas do cuidar e a enfermagem é a ciência humana do cuidar.

O interesse em analisar o impacto associado ao alívio da dor, enquanto fator originador de mal-estar durante o trabalho de parto para a mulher decorre também da identificação de uma intervenção sistematizada ao longo do ENP. Segundo Watson (2002), mal-estar não significa doença, significa sim uma desarmonia, inquietação no “eu” interior de uma pessoa ou na sua alma a um dado nível, dentro das esferas da pessoa. Mal-estar representa uma incoerência no interior da pessoa e o mal-estar pode levar à doença. Assim considera-se objetivo proposto pela enfermagem “ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma” (p. 30).

O enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica é o responsável pela prestação de cuidados à mulher por excelência e tem um papel fundamental nos processos de transição associados à maternidade e parentalidade, auxiliando a mulher

a assumir comportamentos em benefício da saúde, procurando desenvolver sensibilidade para identificar necessidades reais e ou potenciais e, conseqüentemente, dar resposta ajustada a essas mesmas necessidades.

Cuidar da parturiente/casal em trabalho de parto requer do enfermeiro especialista competências humanas que permitam o desenvolvimento e o estabelecimento de uma relação de ajuda e competências técnicas e instrumentais baseadas na evidência científica. O respeito, a delicadeza e o interesse proporciona energia para lidar com a situação para aquela pessoa que se sente vulnerável, exposta e desprotegida. Receber cuidados humanizados ajuda a crescer humanamente, a ser mais profundo e a ser capaz de ajudar os outros (Benner e Wrubel, 1989).

Quem cuida tem de se envolver e estar em sintonia com quem é cuidado, sendo fundamental a comunicação verbal e não verbal estabelecida entre ambos. É importante que a pessoa a ser cuidada acredite nos profissionais de saúde e em si própria para que vivencie uma experiência de vida, de prazer e amor. O enfermeiro deve assegurar o conforto dessa pessoa e preservar a sua personalidade, face à sua situação (Benner, 1982). “Fazer pelo outro aquilo que ele ou ela fariam se fosse de todo possível” (Swanson, 1991, p.164).

Com a progressão do trabalho de parto as energias vão-se esgotando pelo que o enfermeiro deve alentar a parturiente, estabelecendo uma relação de ajuda no sentido de prevenir o esgotamento, respeitando-a e proporcionando-lhe a privacidade pretendida. Para além das competências técnicas e científicas o enfermeiro especialista tem de estar atento emocionalmente. Estar com a parturiente é estar lá, emocionalmente envolvido no evoluir da sua situação, conduzindo a uma assistência eficaz e progressiva, mostrando disponibilidade e permitindo-lhe expor os seus sentimentos (Swanson, 1993), de modo a que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro. O enfermeiro deve maximizar a participação da parturiente e o controle da sua recuperação. Deve otimizar a sua participação colaborando ela própria na evolução normal do trabalho de parto (Benner, 1982) sem descontrole emocional que possa provocar regressões na evolução do mesmo (Mendes, 1991). O enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia deve analisar formas de expressão de mal-estar, nomeadamente a dor em TP e selecionar estratégias apropriadas para lidar com estas situações.

O modelo de sistemas de Neuman e Fawcett (2002) descreve as respostas físicas do corpo ao stresse e ao processo de adaptação a ele. A pessoa que está a vivenciar um processo de transição pode experimentar estado de stresse, podendo alterar o seu equilíbrio emocional. A prática baseada neste modelo permite aos enfermeiros especialistas a facilidade na elaboração de abordagens totais, unificadas e direcionadas para o atendimento à grávida/casal que visa a não fragmentação no

cuidado da díade. Deve-se refletir sobre a intervenção do enfermeiro especialista que, mesmo não intencionalmente, pode provocar reações emocionais sobre a grávida/casal devido ao seu comportamento, atitudes e comentários, bem como ao seu comportamento técnico. O EESMO deve suprimir os seus próprios medos e ansiedades para que a grávida não perceba isso. A atitude do enfermeiro especialista é muito importante, pois pode ter efeitos benéficos ou adversos para a grávida, reafirmando a sua confiança ou provocando reações psicológicas negativas.

Neuman e Fawcett (2002), no seu modelo de sistemas, indicam que as causas do stresse podem ser qualquer estímulo externo ou interno (físico, químico, acústico, somático ou sociocultural) que, direta ou indiretamente, propiciem a desestabilização no equilíbrio dinâmico do organismo. Afirmou, ainda, que quem realiza a intervenção pode reduzir a possibilidade de o indivíduo encontrar a causa de stress e, portanto, fortalecer o indivíduo para enfrentá-la ou reforçar sua linha de defesa a fim de diminuir a possibilidade de uma reação negativa.

Neuman citado por Freese (2004) baseou a sua teoria sobre o significado de stresse por Selye (1946) que definiu como a resposta não específica do organismo a qualquer exigência a ser feita e com isso a necessidade de reajuste é aumentada. Os stressores são os estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras da pessoa e que podem ser forças interpessoais, intrapessoais e extra pessoais.

Assim, Neuman e Fawcett (2002) referem que a principal preocupação da enfermagem é ajudar o sistema da pessoa a atingir, manter ou reter a estabilidade. Isto pode ser obtido através da investigação cuidadosa dos efeitos da invasão de stressores, auxiliando o sistema a fazer os ajustes necessários ao bem-estar desejável. Os dois principais componentes do Modelo de Sistemas de Neuman são o stress e a reação ao stress. Neste modelo o cliente é considerado um sistema aberto uma vez que todos os elementos de uma organização complexa estão em interação (Raile & Tomey, 2011). Esta teoria afirma que os elementos que compõem uma organização interagem uns com os outros, e tomando como referencia a teoria da Gestalt, descrevem a hemóstase como um processo a partir do qual um organismo permanece em equilíbrio e cujo comportamento depende da relação do indivíduo com o campo em que está localizado (Raile & Tomey, 2011).

Além do que foi descrito acima, Neuman adapta em seu modelo o que foi proposto por Caplan (1981), a prevenção primária que atua como protetor do organismo contra o contacto próximo com agentes stressantes, implica uma redução na possibilidade de ser expostos a stressores ou fortalece a reação do corpo a eles a fim de reduzir a ação exercida pelo agente mencionado (Raile & Tomey, 2011).

Pretende-se desenvolver competências como EESMO, com vista a promoção

da saúde da grávida/casal durante a gravidez e trabalho de parto, criando um ambiente seguro, favorecendo o conforto e bem-estar da grávida/casal/pessoa significativa, considerando-se que o modelo de Betty Neuman e de Jean Watson representa o pilar teórico na prestação de cuidados durante este ENP.

1.2 Caracterização do contexto das práticas de cuidados do Estágio de Natureza Profissional

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de Setembro e retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro, é constituída por 2 unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima), 12 centros de saúde (Arcos de Valdevez, Barroselas, Caminha, Darque, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), 1 unidade de saúde pública e 2 unidades de convalescença.

Esta Unidade é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde que compreende a totalidade do distrito, com uma área territorial de 2.213 Km² e uma população residente estimada de 244.836 (INE, 2011), sendo 13,3% da população com menos de 15 anos e 23,1% com idade igual ou superior a 65 anos.

O Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho (ACES), constituído por 12 centros de saúde num total de 38 Unidades funcionais registadas até dezembro de 2015: 4 Unidades de Saúde Familiares Modelo B; 10 Unidades de Saúde Familiares Modelo A; 11 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 12 Unidades de Cuidados na Comunidade; 1 Unidade de Saúde Pública.

Os Hospitais de Santa Luzia e Conde de Bertiandos prestam cuidados diferenciados e centram-se nas seguintes linhas de produção: Consulta Externa; Urgência; Internamento; Cirurgia Convencional (programada e urgente); Cirurgia Ambulatório; Hospital Dia; Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

O Internamento de Obstetrícia dispõe de 408 camas e de 15 berços no. O Bloco Operatório dispõe de um Bloco Central com 5 salas e um Bloco de Ambulatório com 3 salas, ambos dotados de equipamento para cirurgia convencional e laparoscópica. O Bloco de Partos no serviço de Obstetrícia tem capacidade instalada para 6 salas de parto. O serviço de Consulta Externa dispõe de 102 gabinetes e o Hospital de Dia. A Rede de Urgência dispõe de um serviço de Urgência Médico-Cirúrgica no Hospital de Santa Luzia e dois serviços de Urgência Básica (Ponte de Lima e Monção), para os casos clínicos urgentes e emergentes o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) disponibiliza 1 Viatura Médica de Emergência e Reanimação, 4 ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, 10 ambulâncias de socorro nos bombeiros e 1 ambulância do

INEM sediada no Hospital de Santa Luzia. Quando necessário, todos estes meios são apoiados pelo helicóptero sediado no Porto. Na prestação de Cuidados Continuados Integrados à população é garantida por 2 unidades de Internamento (Unidades de convalescença) e 10 Equipas Domiciliárias (ECCI).

O compromisso da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) revela um carácter abrangente, desde a identificação das necessidades de saúde dos cidadãos residente, até à resposta integrada a essas necessidades, pelo meio dos serviços públicos, privados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, aprimorando os meios, assegurando a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, pretendendo a excelência. No desenvolvimento da sua atividade a ULSAM e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores: “Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana; Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo; Cultura da excelência técnica e do cuidar; Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho” (ULSAM, 2018).

Para melhor conhecimento dos contextos de práticas de cuidados onde decorreu o ENP passa-se a uma breve caracterização dos mesmos.

1.2.1 Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio foi desenvolvido em contexto de Cuidados de Saúde Primários, mais concretamente, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Valença do Minho. O Centro de Saúde de Valença compreende as seguintes unidades funcionais: a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a UCC, a ECCI, a Unidade de Convalescença de Valença, a Unidade Móvel Saúde Pública e a consulta descentralizada do Centro de Respostas Integradas. Destacam-se, também, as parcerias protocoladas pelo serviço com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Valença (CPCJ) com o Protocolo do Rendimento Social de Inserção (RSI) e com a Rede Social de Valença pelo que recomenda uma assistência mais efetiva junto da população de Valença.

Também dispõe de uma Unidade de Internamento vinculada com o hospital de agudos, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados de reabilitação, no seguimento de internamento hospitalar causado por situação aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. A sua finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável e que não precisa de cuidados hospitalares agudos.

Os profissionais que fazem parte da equipa da UCC de Valença são: Enfermeira

Especialista de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária; Enfermeira Especialista Médico-Cirúrgica; Enfermeiro Especialista em Reabilitação; Nutricionista; Fisioterapeuta; Técnica do Serviço Social; Psicóloga; Médica.

A UCC Valença integra uma equipa multidisciplinar e no que diz respeito às diferentes intervenções e áreas de atuação são definidas por cada grupo profissional por um projeto que resultam as seguintes áreas de intervenção: Parentalidade, Saúde Escolar, RSI, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e CPCJ.

No âmbito dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, o enunciado descritivo como promoção da saúde, desenvolve-se o programa de Preparação para o Parto e Parentalidade com sessões formativas teóricas e práticas, procurando permanentemente a excelência no exercício profissional. A transição para a parentalidade é um acontecimento complexo que abrange diferentes estádios de crescimento, físico e psicológico. A transição para a parentalidade é um dos maiores episódios desenvolvimentais a que a mulher/casal pode vivenciar. Para Conde *et al* (2007), "a transição para a parentalidade requer mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais (p.15) "A auto-percepção do casal acerca da capacidade de cuidar do recém-nascido (RN) desencadeia sentimentos de realização, sucesso e competência, o contrário provoca sentimentos de fracasso e tristeza, podendo indicar que o casal está a experienciar algumas dificuldades na sua relação com o recém-nascido (Canavarro & Pedrosa,2005). Por mais que a mulher se sinta segura e madura, a maternidade desencadeia o início da autêntica maturidade na mãe. O apoio do companheiro é fundamental para que a mulher ultrapasse momentos de fraqueza e lide com as exigências, não ultrapassando os limites das suas capacidades. Assim, os profissionais de enfermagem devem disponibilizar cuidados ao indivíduo em situações de transição, no sentido de promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou estado (Abreu, 2011). Deste modo o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, pode atuar nos períodos antecipatórios de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. Assim sendo, as terapêuticas de enfermagem visam intervenções que permitem regular e estabilizar algo que está em transição através da proteção e da prestação de cuidados com o objetivo de defender, inibir ou facilitar a transição. A sua aplicação tem como foco o casal, na sua situação de desequilíbrio, mais propriamente, nas suas respostas ao stresse, no guiar o indivíduo na sua defesa e adaptação de forma a ocorrer um desenvolvimento natural do processo de transição (Meleis, 2007).

As consultas de Enfermagem de Saúde Materna e os programas de Preparação para a Parentalidade e Parto (PPP) são visualizados, segundo a OE (2000), não só como meios de educação e promoção para a saúde, mas também como indicadores

dos cuidados de Enfermagem.

A metodologia de trabalho da UCC de Valença caracteriza-se pelo programa de atividades na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, domiciliária e comunitária. Os cuidados de saúde são determinados considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as intervenções delineadas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrando a sua organização numa gestão efetiva entre os programas em desenvolvimento.

O programa de PPP é norteado sobre o que defende Demo citado por Santos (2010) ao referir que as sessões de educação para a saúde devem disponibilizar alternativas que possibilitem o saber de pessoas críticas e orientadas. O mesmo autor projetou diretrizes para as sessões de preparação para a parentalidade e parto que a equipa realiza nas sessões. Uma das primeiras diretrizes sinaliza é que as sessões devem ter objetivos claros; não devem incluir exclusivamente informação biomédica, mas igualmente informação sobre a experiência emocional do nascimento para a mulher e para o homem; a equipa realiza ainda a identificação das necessidades dos homens no seu direito pessoal, bem como o seu papel como apoiante da mulher durante o parto; outro aspeto importante é que as sessões eram realizadas no último horário da tarde, em horários conciliáveis com os turnos de trabalho do casal, possibilitando assim a sua presença nas sessões; por último, cabe salientar a existência de um momento para a colocação de perguntas e partilha de experiências o que se constituía como um espaço para o casal aferir as suas expectativas de apoio. Em suma, empoderar as grávidas e acompanhantes de forma a estes se sintam capazes de enfrentar as situações de parto e parentalidade.

1.2.2. Unidade de Cuidados Hospitalares – Sala de Partos

O estágio foi desenvolvido em contexto de cuidados hospitalares mais concretamente no serviço de Obstetrícia de Viana do Castelo. O serviço de obstetrícia localiza-se no 5º piso e é constituído por valências diferenciadas tais como: consulta externa, urgência, internamento de grávidas de risco (9 camas), bloco de partos (5 unidades individualizadas) e pelo internamento de puerpério (15 camas e 15 berços). A consulta externa de obstetrícia permite a prestação de cuidados especializados à grávida /casal através da realização de diagnóstico pré-natal, consultas de avaliação de risco obstétrico, ecografias obstétricas e consultas de termo. A consulta de enfermagem é assegurada pelo enfermeiro especialista. O internamento de grávidas de risco goza de separação física do internamento de puerpério, localizado na área do serviço de ginecologia e presta cuidados a grávidas/casal com patologia. Mencionando a urgência de obstetrícia, esta oferece cuidados multidisciplinares nas 24 horas às utentes cuja

triagem de Manchester identifique situação do foro obstétrico ou ginecológico, permitindo classificar o risco potencial da utente no momento da sua chegada e desta forma humanizar os serviços (Guedes, Almeida, Ferreira, Júnior, & Chianca, 2014). Relativamente ao bloco de partos, para além das unidades individualizadas já mencionadas, existe uma sala de reanimação neonatal e salas de apoio ao trabalho de equipa. Por último, o internamento de puerpério dispõe de unidades individualizadas, promovendo-se o alojamento conjunto mãe/RN e, permitindo sempre que possível, a permanência durante 24 horas de um acompanhante escolhido pela puérpera. Nesta área funcional encontra-se um gabinete para observação do RN a somar à existência de uma sala para prestação de cuidados ao RN, nomeadamente de higiene e bem-estar. Há, ainda, o cantinho de amamentação, um gabinete de apoio social com uma técnica de serviço social e uma sala de registo de nascimento sob a responsabilidade da Conservatória do Registo Civil.

A salvaguarda do RN é uma prioridade do serviço que zela para impedir possíveis saídas de RN sem autorização. Assim, durante o dia, o serviço dispõe da presença de uma porteira que controla a entrada e saída de visitas do serviço e tem implantado um sistema eletrónico de segurança através da aplicação de uma pulseira no pulso direito do RN, após o nascimento, sendo retirada no momento de saída do serviço.

A metodologia científica de trabalho é individual com o início na admissão, desde a colheita de dados e o diagnóstico da situação e necessidades. Posteriormente são traçados diagnósticos de enfermagem e planeadas as intervenções de enfermagem. Os registos são efetuados informaticamente através da aplicação do SClínico e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), atuando e garantindo intervenções de qualidade de forma a proporcionar o conforto e bem-estar da mulher e convivente significativo.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas 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 entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE,2011).

Assim sendo, as competências desenvolvidas recaíram com maior domínio nas seguintes áreas de intervenção: na gravidez assistindo a grávida/casal a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal e no trabalho de parto, assistindo a parturiente/casal a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto.

Nesta linha de pensamento, e neste ENP, foram desenvolvidas atividades nestas duas grandes áreas de atuação do enfermeiro especialista e que serão descritas nos subcapítulos seguintes.

2.1. Prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

A primeira fase do ENP decorreu durante 6 semanas nos CSP, mais precisamente numa UCC de Valença do concelho com o mesmo nome.

Em estágio anterior houve a oportunidade de prestação de cuidados à mulher durante o período pré-concepcional, pré-natal e puerpério, apesar disso, constatou-se com um número insuficiente, tendo em conta as exigências da diretiva europeia referida anteriormente. Perante isto, determinou-se que uma segunda oportunidade neste tipo contexto de prática clínica tornava-se uma mais-valia no aprimoramento e aquisição das competências adquiridas no estágio anterior.

Na vigilância pré-natal assumiu-se a responsabilidade de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno e fetal” (OE, 2011, p.8663). Assim, nestas consultas, pretendeu-se preparar a grávida/casal para a experiência de ajuste à gravidez, ao parto e ao pós-parto, desenvolvendo uma gravidez positiva e saudável.

Na primeira consulta pré-natal era realizada a avaliação inicial, avaliando-se os dados de processo de saúde e doença da grávida, a história da gravidez atual e antecedentes obstétricos e familiares. Após a realização da anamnese passava-se ao cálculo da idade gestacional, determinação do grau de risco através da escala de Goodwin modificada, monitorização do Índice de Massa Corporal (IMC) como referência inicial para a vigilância das oscilações do ganho ponderal ao longo da gravidez e a data provável de parto. A avaliação da gravidez e do bem-estar materno-fetal era realizada através de intervenções como: avaliação dos parâmetros vitais; a execução das manobras de Leopold para determinar a posição e apresentação do feto; a altura uterina e o perímetro abdominal, e a auscultação dos ruídos cardíacos fetais. Tornou-se, ainda, relevante complementar esta avaliação com informação relacionada com as condições socioeconómicas e com a apreciação da saúde mental da grávida/casal. Em consultas seguintes eram prestados cuidados em continuidade, procurando continuar a assegurar a saúde materno-fetal e potenciar o bem-estar da família.

Nas consultas de vigilância pré-natal privilegiou-se a educação para a saúde, dotando a grávida e convivente significativo de conhecimentos para uma vivência da gravidez positiva e aquisição de competências parentais, nomeadamente sobre as alterações corporais, fisiológicas e emocionais da gravidez, cuidados de higiene, sexualidade, atividade física, alimentação na grávida, cuidados ao RN e promoção do Aleitamento Materno (AM). Estes momentos necessitavam de uma identificação inicial das necessidades de conhecimento da grávida/convivente significativo para serem planeadas intervenções ajustadas que conduzissem à melhor compreensão dos mesmos.

A transição para a parentalidade é uma fase específica do desenvolvimento familiar e, neste sentido, Wendt (2006) refere as principais tarefas desenvolvimentais para esta fase que são: a criação de um espaço para o novo membro da família, o reequilíbrio das responsabilidades entre marido e mulher, a união dos mesmos nas tarefas de educação, financeiras e domésticas, bem como o realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas para incluir o papel de pais e avós.

A notícia da gravidez pode revelar uma mistura de emoções e sentimentos muitas vezes ambíguos desde a extrema alegria até ao medo (Marques, 2016). A gravidez é um processo natural, mas ainda é vivenciada e rodeada de muitos tabus ou crenças havendo, para além das mudanças físicas, as alterações psicológicas, os medos do parto, da responsabilidade e do desconhecido. Estes medos e alterações que são experienciados pela grávida, e também pelo casal, tornam-se indicativos da relevância de uma boa preparação para parentalidade e TP para que se evidencie não como um momento de sofrimento, mas sim de felicidade. "É essencial proporcionar conhecimentos geradores de

capacidades e habilidades que levem os pais a assumir comportamentos facilitadores do seu papel" (Santos, 2007, p.7), sendo o principal agente do empoderamento o profissional de saúde. Wallerstein e Bernstein, citados por Teixeira (2002), dizem que "educadores em saúde não podem dar poder a pessoas, mas podem torná-las capazes de aumentar suas habilidades e recursos para ganhar poder sobre suas próprias vidas" (p.27).

Antunes, Lopes e Fernandes (2006) referem que uma grávida documentada e informada "consegue lidar melhor com as mudanças que se avizinham, mantendo o equilíbrio entre os seus interesses, os do bebê, os do seu parceiro e os de terceiros" (p.7). Por sua vez Couto (2006) refere que uma mulher bem elucidada e colaborante terá a possibilidade de ter um parto mais fácil, contribuindo para a redução de complicações para grávida e para o recém-nascido.

Couto (2006) com base nos resultados do estudo que realizou refere que as enfermeiras veem a Preparação para a Parentalidade e Parto como uma oportunidade de educação para a saúde que envolve procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos de grande importância, como forma de modificar comportamentos errantes, tendo em vista um resultado esperado com ganhos em saúde para a grávida e família. Cada vez mais, consideram relevante a compreensão do seu corpo e os processos que acontecem durante a gravidez, parto e puerpério e que têm de ser compreendidos através de preparação adequada (Santos, 2007).

Por outro lado o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de organizar programas de preparação para os futuros pais que permite à mulher/casal a exteriorização e a elucidação de dúvidas e medos que aparecem nesta fase, num clima de apoio, com o objetivo de "desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho" (DGS, 2015, p.63).

Nestes pressupostos, as intervenções das sessões de PPP eram realizadas segundo um planeamento estruturado de sessões com um plano de cuidados próprio, no sentido de empoderar cada grávida/casal para uma vivência saudável da gravidez e parto e na aquisição de competências parentais, em sessões teóricas e práticas.

Nas sessões teóricas estabelecia-se uma relação de proximidade com os casais, com a criação de momentos de partilha, abordando uma temática diferente na área da saúde materna e obstétrica, em cada sessão. A estratégia de intervenção, nestas sessões, consistia em partilhar conhecimentos com os casais, recorrendo ao uso de imagens para melhorar a compreensão dos temas abordados, sendo para isso utilizado também o recurso a meios audiovisuais.

As sessões tornaram-se ricas pela possibilidade de responder às necessidades

dos casais assim como pela partilha de experiências entre eles.

Executavam-se intervenções em sessão prática com enfoque na preparação para o parto com o “ensino dirigido aos casais sobre a fisiologia do parto, saúde pré-natal e puerperal e treino de técnicas de respiração e relaxamento muscular que preparam a mulher na gravidez para o controlo dos sintomas resultantes do parto” (Portugal, 2008, p. 46).

Assim, o objetivo principal destas sessões consistia no ensino das técnicas de descontração, frequentemente ou acompanhados pela utilização de exercícios respiratórios para auxiliar a mulher a controlar o trabalho de parto, nomeadamente a dor por contração uterina (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999).

Ainda, nesta preparação dirigida para o momento do TP e parto as grávidas eram instruídas no uso da bola de Pilates para exercícios da bacia, em técnicas de respiração para o relaxamento no momento das contrações uterinas e, ainda, nas grávidas sem contra-indicação e a partir das 38 semanas de gestação treinavam os puxos expulsivos.

Em síntese, pode-se afirmar que no desenvolvimento deste ENP os cuidados de saúde primários orientaram a prestação de cuidados para a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2011). Promoveu-se a saúde da mulher durante o período pré-natal, diagnosticando e monitorizando a gravidez, informando e orientando sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, implementando e avaliando programas de preparação para o parto e parentalidade responsável, implementando e avaliando programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno. No sentido de diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal era informada e orientada a grávida e convivente significativo sobre os sinais e sintomas de risco, identificando-se e monitorizando-se a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados e implementando-se e avaliando-se intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável (OE, 2011).

2.2. Prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

A segunda parte do ENP realizou-se no serviço de Obstetria, no bloco de partos, do hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, ao longo de 16 semanas. A opção pelo local de estágio justificou-se, fundamentalmente, pela necessidade de desenvolver e adquirir competências na prestação de cuidados especializados à mulher, inserida na família, durante o trabalho de parto e parto, confluindo para a conquista das exigências dos requisitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros e Comunidade Económica Europeia, nomeadamente na vigilância e prestação de cuidados a, pelo menos, 40 parturientes; na vigilância e prestação de cuidados a 100 puérperas e RN saudáveis e na realização de 40 partos eutócicos.

As parturientes e pessoas significativas em TP que davam entrada na sala de partos derivavam do serviço de urgência ou do internamento. A admissão tornava-se um momento privilegiado para estabelecer uma interação com a parturiente e pessoa significativa recolhendo todos os dados da avaliação inicial e o conjunto de saberes presentes e expectativas para o momento do parto. Este primeiro contacto com a parturiente e pessoa significativa orientou-se para construir uma relação de intimidade e de empatia, intentando-se reduzir a inquietude e desassossego, propiciando um clima tranquilizador e de segurança.

Posteriormente ao acolhimento da parturiente era realizada a avaliação do estágio de TP, sendo que a maioria das parturientes encontravam - se no primeiro estadio, traduzido por ser o período desde que se estabelecem contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo uterino (Graça, 2010). Para a determinação do estadio do TP tornou-se necessário realizar o toque vaginal para avaliação da extensão e dilatação do colo uterino, competência aprendida no estágio. O toque vaginal, também, enriqueceu a aprendizagem para determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto para reconhecer sinais de conflito ou incerteza na compatibilidade pélvica com a progressão fetal.

A seguir à determinação do estadio do TP realizou-se a avaliação do bem-estar fetal por meio do registo por cardiotocografia. Este procedimento requer da aprendizagem de competências técnicas e científicas que possibilitem o reconhecimento do foco fetal no abdómen da parturiente e o fundo do útero para a colocação correta dos transdutores. A análise do registo por cardiotocografia inclui a observação dos padrões adquiridos possibilitando identificar o traçado. Para a classificação destes registos considerava a frequência fetal basal, a variabilidade e reatividade do feto e a presença de desacelerações. Estes aspetos, associados com

outros, foram entendidos como métodos de proteção do feto, do estado clínico da parturiente e para identificar de maneira precoce possíveis perturbações e solucionar ou reduzir problemas concretos para a segurança do bem-estar materno fetal.

Acerca da monitorização por cardiocotografia (CTG) intraparto não há consenso relativo à sua utilização, por parte de vários autores, ainda assim, ressalta evidência na sua utilidade na deteção do sofrimento fetal e como resultado de evitar a morte fetal (Graça, 2010). Neste enquadramento teve-se a oportunidade de realizar monitorização de forma intermitente e da existência de registos menos tranquilizadores como pouca ou muita variabilidade, bradicardias e taquicardias fetais, desacelerações precoces e tardias. A alteração dos padrões normais da frequência cardíaca fetal foi sempre acompanhada de avaliação fundamentada e registada da alteração e do contexto em que ocorreu. A monitorização permitiu identificar situações em que foi necessário proceder a mudanças no decurso dos cuidados, como a mudança de decúbito, a introdução de oxigenoterapia, interrupção da perfusão ocitócica, pesquisa de prolapso do cordão umbilical ou correção da hipotensão materna.

Desde a fase latente do TP era incluída a pessoa significativa no processo de cuidados sempre tentando afastar os medos e angústias, explicando medidas de conforto, técnicas de relaxamento e respiração. Apesar das técnicas atuais para a diminuição da dor da parturiente, o incómodo e a dor evidenciaram-se, por vezes, elementos difíceis de dominar.

Existem estudos que afirmam que o stresse, a ansiedade e a dor podem prejudicar a evolução do trabalho de parto (Graça, 2010). Para a parturiente, o conforto pode ser vivenciado no plano psico-espiritual, físico e social, como também ambiental porque as razões para a falta de conforto no TP estão vinculadas com o medo da dor do parto, com a necessidade de apoio, com o respeito pela sua privacidade, com a diminuição dos desconfortos e também pelas opiniões culturais (Jenkinson, Josey & Kruske, 2014; Stark, Remyse, & Zwelling, 2016).

Jenkinson, Josey & Kruske (2014) referem que ao pensar sobre o clima de serenidade e de calma que a parturiente precisa para viver a experiência positiva do nascimento torna-se imprescindível utilizar técnicas e procedimentos pelos profissionais e propiciar ações que favoreçam essa mesma vivência.

Nesta linha de pensamento, uma das técnicas realizadas foram os exercícios respiratórios, com o objetivo de diminuir a ansiedade, produzir relaxamento e melhorar os níveis de saturação de oxigénio. Assim, no momento das contrações procurava-se que a parturiente realizasse uma respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas. Outras técnicas não farmacológicas realizadas tiveram a ver com a intervenção programada, na qual se desenvolveu o projeto no âmbito da utilização de

aromaterapia e musicoterapia como medidas para o alívio da dor no trabalho de parto. Através de sons e aromas pretendeu-se um ambiente de relaxamento.

Além da intervenção musical, foi pedido que respirassem ao ritmo da música porque com a contração as parturientes tinham a tendência a apresentar movimentos respiratórios desajustados como a suspensão ou a aceleração desses movimentos. A audição musical desloca os ruídos do foco de atenção, proporcionando um ambiente propício ao relaxamento e abstração (Bergold, Sobral, 2003 & Bergold, 2005). Os aromas eram provenientes através de cremes para promover o relaxamento que se administravam por massagem com a finalidade de promover bem-estar físico e mental. No trabalho de parto a massagem tem a capacidade de promover alívio da dor, além de permitir contacto físico com a parturiente, fomentando o relaxamento, limitando o stresse, aumentando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

Desde o início do estágio que surgiu a oportunidade de se pôr em prática uma intervenção na área dos métodos não farmacológicos para promover o relaxamento e alívio da dor no parto. A experiência revelou-se deveras estimulante, mas cabe especial menção ao facto de que, mesmo dando informação aos casais das alternativas para um trabalho de parto mais natural, muitos acabaram por preferir medidas que apressassem o momento do parto. Nem todos se mostraram acessíveis para ouvir e debater as possibilidades pois o receio e o stresse impediram a tomada de decisão.

Após a decisão da parturiente, pela técnica de analgesia por epidural esta era realizada, preferencialmente, na fase ativa do trabalho de parto. Brazão, citado por Graça (2010) sustenta que “a anestesia epidural pode iniciar-se desde que as contrações sejam regulares e dolorosas, tendo o cuidado de utilizar concentrações baixas de analgésicos e, de preferência, associando-se narcóticos” (p.361). O anestésico adequado para o TP e período expulsivo é aquele que chega às raízes nervosas sensitivas e motoras dos nervos espinhais, impedindo a transmissão dos impulsos dolorosos, deixando íntegras as outras funções maternas. Ademais de promover alívio da dor, este tipo de analgesia não produz depressão respiratória materna e do neonato, possibilita que a mãe se mantenha desperta e participe ativamente, e tem efeitos mínimos sobre o feto e a parturiente. Contém características que são consideradas ideais, como uma extensa duração de ação, pode ser corrigida de acordo com as necessidades de analgesia, causa alívio da dor mais ou menos constante, pode ser útil em partos distócicos, bem como numa cesariana se for necessário, evitando o recurso a anestesia geral. No entanto, e face aos riscos descritos com esta técnica, eram tomadas medidas de correção da volémia com perfusão de Lactato de Ringer, monitorização frequente de sinais vitais após cada administração terapêutica e monitorização através de CTG no sentido de despistar consequências da terapêutica administrada (Graça, 2010).

A técnica de amniotomia foi outra competência adquirida durante o estágio. Era realizada com o objetivo de estímulo do TP em situações em que a dilatação cervical uterina deixava de evoluir favoravelmente, em situação de dúvida de presença de mecónio ou por sinal de mal-estar fetal, tendo sempre em consideração os riscos associados à técnica. Era realizada quando a apresentação fetal se encontrava no plano III de Hodge para impedir o prolapso do cordão. Na realização da técnica da amniotomia era mantida a vigilância do bem-estar fetal por CTG e, tendo em conta o risco de infeção associado à aplicação da técnica era vigiada a temperatura corporal da parturiente (Lowdermilk & Perry, 2008). Em seguida, depois da rotura das membranas, avaliavam-se as características do líquido amniótico relativo à cor, odor, quantidade e consistência.

A progressão do TP foi, ainda, avaliada pelo exame vaginal, resultando a monitorização do Índice de Bishop (avaliação do apagamento, dilatação, consistência e posição do colo uterino e identificação/posição do plano ou grau de descida da apresentação), a situação e variedade fetal, a avaliação das condições do canal de parto (relacionando com a estimativa do peso fetal) e a identificação de perdas vaginais (perda sanguínea, líquido amniótico, e/ou corrimentos). Em complementaridade, tornou-se essencial associar a interpretação do CTG e a vigilância de outros sinais/sintomas de alteração do bem-estar materno-fetal.

O registo da progressão do trabalho de parto era realizado em partograma, dando uma avaliação objetiva, assim como a continuidade na prestação de cuidados entre a equipa de saúde. O partograma tornou-se assim numa ferramenta essencial para a avaliação apropriada da evolução do TP com registo sistemático da progressão da dilatação cervical, da apresentação fetal, ruídos cardíacos fetais e atitudes terapêuticas.

Após terminado o 1º estadio iniciava-se o segundo estágio do TP, o período expulsivo com a realização do parto. O parto constitui-se um momento particular e único para a vida do casal que se definia pela presença de uma ampla soma de sentimentos e emoções. Neste sentido, coube ao EESMO ser o responsável de tranquilizar o casal no seu novo papel de pais, proporcionando um ambiente calmo e orientações seguras com vista ao autocontrolo da parturiente.

Para o desempenho do parto eutócico foi necessário preparar a unidade com o material necessário. Quando a parturiente realizava esforços expulsivos eficazes e a cabeça do feto começava a coroar iniciava-se o posicionamento para o parto, realizando procedimentos de higiene e assepsia necessários. Foi relevante interagir com a parturiente, utilizando reforços positivos quando realizava esforços expulsivos e a acalmá-la na pausa das contrações. Durante os esforços expulsivos foi avaliada a respiração da mulher, aconselhando-a a realizar inspirações profundas, no sentido de

promover uma adequada oxigenação materna e fetal e desencorajá-la a realizar esforços expulsivos contínuos sustentando a respiração para não desencadear a manobra de Valsalva, comprometendo o bem-estar materno e fetal.

Nos partos realizados a apresentação fetal era de vértice pelo que os movimentos cardinais do parto produziram - se sem intercorrências. A descida, rotação interna do feto e a extensão do polo cefálico do feto na vulva era controlada para evitar a saída brusca do feto e dessa forma proteger o períneo e tecidos circundantes, sendo que surgiu, algumas situações, a necessidade de execução da técnica de episiotomia.

Estudos enunciam que a episiotomia deve realizar-se de forma ponderada e seletiva não se justificando taxas superiores aos 30% na prática obstétrica (Borges, Serrano & Pereira, 2003). A Organização Mundial de Saúde (1996) discorda do uso rotineiro desta técnica, considerando que é uma técnica desvantajosa para a saúde da mulher.

Procurou-se evitar lacerações estando atenta às técnicas de manipulação perineal bem como a fatores predisponentes como a posição fetal, os tecidos da mulher e a rapidez da expulsão. A desadequação pélvica, o uso de instrumentos para facilitar o nascimento, a nuliparidade, a apresentação e a variedade do feto, o trabalho de parto prolongado e o sofrimento fetal são fatores de risco associados ao trauma perineal. Está provado que a utilização de medidas alternativas para o cuidado do períneo, nomeadamente, a aplicação de compressas mornas, suporte manual e massagem (pré-natal e intraparto) reduz a incidência de episiotomias/lacerações (Lowdermilk & Perry, 2008).

Desta maneira, o enfermeiro especialista, nas situações necessárias realizou a episiotomia, quando o polo fetal se encontrava a distender intensamente o períneo e sem que a pele esteja com lesões, com orientação do corte em relação à fúrcula, médio-lateral e segundo um ângulo de 45 a 60° em relação à linha mediana (Wong et al., 2014).

Logo após a saída da cabeça era realizada a procura de circular cervical, a rotação externa, desencravamento do ombro anterior seguido do posterior e expulsão do corpo fetal.

De seguida ao nascimento eram prestados os primeiros cuidados ao RN, como a expressão torácica ascendente; aspiração de secreções na ora e nasofaríngeas (se necessário), limpeza parcial e secagem do corpo com lençol aquecido e promoção do contacto pele-a-pele com a mãe, caso o RN apresentasse boa adaptação à vida extrauterina, fomentando-se assim a vinculação da tríade. A clampagem do cordão umbilical com a participação da pessoa significativa, se assim tivesse manifestado interesse no momento da admissão.

O corte do cordão umbilical retardou-se, pelo menos até que o cordão deixasse

de pulsar. Existem diversas vantagens para o RN, em atrasar o corte do cordão umbilical, sendo de salientar o aumento da hemoglobina e do hematócrito, nos primeiros dias de vida, o aumento das reservas de ferro na primeira infância e conseqüentemente as suas repercussões positivas na prevenção da anemia por déficit de ferro e no desenvolvimento neurológico (McDonald, Middleton, Dowswell & Morris, 2014).

Em paralelo com os cuidados antes reportados e, através da avaliação da frequência cardíaca e respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, calculava-se o Índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto. Além disso, observava-se também, malformações major, nomeadamente a perfuração do ânus e a presença de algum traumatismo resultante do período expulsivo.

A aplicação das técnicas oportunas na realização do parto eutócico constituiu-se um dos propósitos do presente ENP e considerou-se terem sido adquiridas competências, neste âmbito, com a execução de 41 partos eutócicos e com a colaboração na realização de 35 partos distócicos por ventosa.

É neste momento que se estabeleceu o terceiro estágio de TP que decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas (Graça, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008). Durante este período procedeu-se à atenta avaliação da integridade dos tecidos perineais da parturiente, aos sinais de descolamento da placenta e vigiada a presença de sinais de hemorragia pós-parto. Na exteriorização da placenta avaliou-se a modalidade em que esta ocorreu (Schultze ou Duncan), examinando-se a presença da totalidade de todas as estruturas da placenta e a formação do globo de segurança de Pinard. O período pós-dequitação foi sujeito a uma vigilância ininterrupta pelo alto risco de hemorragia pós-parto, pois as hemorragias no puerpério representam a complicação mais frequente neste período. Quando a hemorragia aparece precocemente pode estar relacionada com a hipotonia uterina ou à presença de restos placentários. Tardamente pode estar ligada, mais frequentemente, com a retenção de tecidos placentários e/ou infeção (Karlsson & Pérez, 2009).

Antes de se reparar os tecidos do canal de parto, nos casos necessários, realizou-se primeiramente a inspeção adequada do períneo para se verificar a extensão total da laceração e a existência de vasos a sangrar. A episiorrafia foi realizada sempre por planos. O primeiro plano a ser suturado foi a mucosa vaginal, o segundo plano as fibras musculares e o terceiro plano os bordos cutâneos. No segundo plano teve-se em atenção para não comprimir os músculos pois suturas excessivamente cerradas podem vir a dar em dispareunia (Graça, 2010), pois sabe-se que a reparação da episiotomia e das lacerações do períneo pode ter algumas conseqüências futuras para a mulher. A precisa hemostase e a realização de uma adequada reconstrução, utilizando o mínimo possível de material de sutura, são pontos essenciais para uma boa cicatrização

(Lowdermilk & Perry, 2008).

Na prestação de cuidados à parturiente e pessoa significativa foi proporcionado apoio emocional e psicológico, considerando-se que o parto constitui um momento de “transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mãe e no bebê, mobilizando a energia emocional de ambos” (DGS, 2006, p.9).

A intervenção do enfermeiro especialista para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, era iniciada na admissão da parturiente ao Bloco de Partos pelo meio da avaliação inicial. Este instrumento permitiu conhecer as expectativas para o período atual, a qualidade das experiências prévias e identificar e tratar de preocupações pessoais.

Nas duas horas imediatas ao parto a puérpera permanecia sob vigilância na sala de partos. Eram prestados novamente os cuidados perineais, a vigilância da involução uterina e a avaliação do globo de segurança de Pinard e avaliados os sinais vitais à puérpera. Manteve-se a vigilância fundamentalmente do risco de hemorragia, preservando um ambiente envolvente calmo e sereno.

Depois de prestados os primeiros cuidados ao RN instaurava-se o processo de amamentação o mais precocemente possível até à primeira hora de vida. O estímulo das contrações sobre o feto e o stresse do nascimento causam uma subida de adrenalina no RN que estará desperto, ativo e aberto à sucção. Esta fase dura cerca de 45-60 minutos e assim se fundamenta a necessidade de colocar o RN a mamar (Simkin & Ancheta, 2011). Passado este tempo, em resposta a adrenalina, o RN entra em adormecimento. A responsabilidade do enfermeiro especialista tornou-se um elemento decisivo ao assegurar à mãe o direito à amamentação na primeira hora de vida de acordo com as políticas que promovam o aleitamento materno, com o início e estímulo na sala de parto (Silva, Strapasson & Fischer, 2011). Os estudos de Crenshaw (2007), Sinusas, e Gagliardi, (2001) e Pereira (2004) mostram que desde que o RN apresente boa adaptação à vida extrauterina os cuidados rotineiros devem ser ministrados depois da 1ª hora de vida, deixando essa 1ª hora o RN e a mãe em contacto pele-a-pele e realizar a 1ª mamada.

No fim de quarto estadio, eram prestados os cuidados de enfermagem ao RN, associados à prevenção da hemorragia neonatal, através da administração de Vitamina K intramuscular, e a desinfeção ocular com a pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina, para profilaxia da infeção ocular (Graça, 2010).

Em sequência, prestaram-se os cuidados de higiene e conforto à puérpera, monitorização dos parâmetros vitais, estado de consciência, eliminação urinária e da temperatura corporal e a possibilidade de se alimentar. No fim do puerpério imediato, a puérpera era guiada para o internamento acompanhada do RN e pessoa significativa,

sendo transferida à enfermeira que os recebia.

Durante a gravidez e TP podem coincidir patologias pré-existentes com patologias gestacionais que fundamentam uma vigilância centralizada e constante do bem-estar materno-fetal. Os casos durante o ENP que traduziram maior vigilância do enfermeiro especialista relacionaram-se com parturientes com diabetes gestacional ou prévia, pré-eclâmpsia e depressão. Na parturiente com diabetes gestacional era realizada uma vigilância restrita, atendendo aos riscos de desidratação, hiperglicemia e hipoglicemia. Durante o TP, cumprindo-se o protocolo do serviço, era administrado soro glicosado endovenoso à parturiente ou colocada uma perfusão contínua de insulina rápida, de acordo com os valores de glicemia apontados. Todo o procedimento realizado à parturiente com diabetes gestacional era considerado a importância da manutenção de valores normais da glicemia materna durante o TP para a prevenção da acidemia fetal, hipoglicemia neonatal e cetoacidose materna. A monitorização por cardiotocografia, nestas parturientes, era feita de forma contínua pelo risco aumentado de sofrimento fetal, especificamente pela ausência de progressão fetal, por feto macrossômico ou incompatibilidade feto-pélvica.

A vigilância da evolução do TP nas parturientes com pré-eclâmpsia requereu uma monitorização por cardiotocografia contínua devido ao elevado risco de episódios de complicações materno-fetais, como o sofrimento fetal, a hemorragia e a hipoxia tecidular. Também se monitorizavam regularmente os parâmetros vitais da parturiente e da sua eliminação urinária. Nos casos referidos, as parturientes optaram por realizar a analgesia epidural, o que se pensa ter favorecido consideravelmente para a conservação dos valores de tensão arterial dentro dos parâmetros normais.

No que concerne à prestação de cuidados à parturiente com depressão, foi proporcionado apoio emocional e psicológico, tendo em conta que o parto é um momento desencadeador de uma série de mudanças intra e interpessoais.

Em síntese, pode-se dizer que ao longo do estágio procurou-se sempre participar ativamente na prestação de cuidados e no desenvolvimento de competências, através de momentos de análise crítica e reflexiva da prática realizada com a Enfermeira orientadora, permitindo-se uma prestação de cuidados especializados autónoma. Crê-se ter criado uma relação de ajuda com a vontade de realizar o maior número de experiências possível, ao longo do percurso do estágio o que facilitou a concretização de todos os objetivos para o estágio. Assim, orientou-se a prestação de cuidados para a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, realizando o parto em ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina; promoveu-se a saúde da mulher durante o trabalho de parto diagnosticando precocemente, prevenindo complicações para a mulher e RN e

providenciaram-se cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto (OE, 2011).

Desenvolveram-se, ainda, intervenções direcionadas para a promoção do conforto e bem-estar da parturiente e pessoa significativa, nomeadamente no que diz respeito à prevenção e controle da dor, especificamente com a implementação de métodos não farmacológicos de alívio da dor em trabalho de parto através do recurso da musicoterapia e aromaterapia. Foram implementadas intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/pessoa significativa, nomeadamente através da participação ativa do pai/pessoa significativa no trabalho de parto e na prestação de cuidados ao RN.

Desenvolveram-se as competências necessárias para a vigilância dos quatro estadios do trabalho de parto, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções adequadas à evolução do mesmo, tendo subjacente a otimização das condições de saúde da parturiente e do feto, o que permitiu a identificação de desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto e o diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher/RN (OE, 2011).

3. MUSICOTERAPIA E AROMATERAPIA PARA ALÍVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.

Neste capítulo do relatório procedeu-se à contextualização da intervenção desenvolvida junto da parturiente e pessoa significativa no sentido de promover as sensações de conforto e alívio da dor, destacando o relaxamento e gestão de ansiedade/stresse no TP. Com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional com competências especializadas nesta área e promovendo a inovação e mudança das práticas clínicas com oferta de cuidados tornando o parto menos instrumentalizado, será aprofundada a temática dos métodos não farmacológicos de alívio da dor em TP. Para isso, utilizou-se especificamente a aromaterapia e a musicoterapia a parturientes em TP com gravidez de baixo risco.

Assim, inicia-se por o enquadramento com uma abordagem concetual relativa aos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP, seguido da apresentação da metodologia de intervenção do EESMO, a apresentação análise e discussão dos resultados e, por último, as conclusões e recomendações decorrentes da intervenção.

3.1. Dor no trabalho de parto

A dor é descrita como uma “experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.” (International Association For The Study Of Pain, 1979, p. 205).

Na perceção da dor, ou também chamada de nociceção, (Bismarck, 2007) intervêm os nociceptores (sistema neuronal sensível) e as vias nervosas eferentes que transmitem a sensação nervosa ao sistema nervoso central (SNC), onde ela é interpretada como tal. A resposta a esses estímulos é influenciada por fatores fisiopatológicos mais evidentes e por fatores psicológicos não tão evidentes, com os quais o limiar de dor varia em cada pessoa.

A dor por contração durante o TP e parto é uma dor aguda, intensa de início e fim bem definidos e uma grande variabilidade individual que exige na maioria das vezes técnicas neuroaxiais para o seu controlo. Essa dor, além de poder causar alterações psicológicas, pode produzir alterações fisiológicas que podem afetar negativamente a parturiente, o feto e o fluxo uteroplacentário.

A dor por contração uterina pode manifestar-se de forma diferente durante o TP: primeiramente a dor tem um componente visceral e é secundário às contrações uterinas

e à dilatação cervical (Ortiz-Gómez, Palacio-Abizanda & Fornet-Ruiz (2014). A transmissão desta informação para a medula espinhal correlaciona-se com os segmentos T10 a L2 através de fibras nervosas sensoriais e simpáticas. Posteriormente, a dor é somática e secundária à distensão produzida pela apresentação fetal na vagina, pelve e períneo. A inervação sensitivo-motora do canal do parto é fornecida pelos nervos pudendos, que correspondem aos segmentos sacrais S2, S3 e S4, cutâneo posterior da coxa (S1-S3), sacrococcígeo (S4, S5) e ramo genital do gêmeo-femoral (L1, L2) (Cunha, 2010, p. 600).

A dor durante o TP é relatada desde a antiguidade pela sua intensidade causada por contrações e distensão das fibras uterinas, dilatação do colo do útero e estiramento do assoalho pélvico, vagina, pressão da uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas e a pressão sobre as raízes do plexo lombossacro (Graça, 2010). Sendo uma realidade, o progresso na área da obstetrícia, o conhecimento e a compreensão dos mecanismos responsáveis pela dor nesse período da vida da mulher é fundamental.

No TP e parto a intensidade da dor é bastante variável e está submetida a influências psíquicas, temperamentais, culturais e aos possíveis desvios da normalidade (stresse). Hoje em dia, com o avanço dos fundamentos sobre os mecanismos fisiológicos que estabelecem a dor durante o parto, diversos investigadores têm recomendado o uso de estratégias que permitam controlar esse obstáculo com métodos farmacológicos como não farmacológicos, sendo que atualmente sabe-se que os não farmacológicos abrangem menos riscos, apesar de que a eficácia de alguns métodos não tenha sido aprovada. No entanto, existem evidências de efetividade de vários métodos não farmacológicos que podem ser utilizadas durante o TP, melhorando o conforto da parturiente.

Lowe (2002), com base no estudo de vários autores, proclama que na fase de dilatação impera a dor visceral com estímulo doloroso procedente do mecanismo de distensão do segmento uterino inferior e dilatação cervical. Mecanorreceptores no miométrio, também, podem produzir estímulo nociceptivo como resultado das contrações uterinas, principalmente no trabalho de parto longo. O incremento da intensidade da dor observada com o progresso da dilatação pode ser atribuível a uma diminuída ativação nos mecanorreceptores e na estimulação de quimiorreceptores realizada pela reiterada estimulação das contrações uterinas.

No TP a dor pode gradualmente ser referida na parede abdominal, região lombossacral, cristas ilíacas, região glútea e coxas. No período expulsivo a distensão e a compressão de terminações sensitivas das estruturas perineais unido a algum grau de lesão mecânica, possivelmente, são as causas da dor (Vilarino & Sabatino, 2000).

Devido às funções fisiológicas e de hemóstase humana o stresse que as parturientes se encontram é modulado pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, no qual o

hipotálamo produz fator libertador de corticotropina que estimula a hipófise a produzir adrenocorticotrofina, levando a secreção adrenal de cortisol (Waffarn & Davis, 2012). Durante a gravidez normal a placenta, também, produz fator libertador de corticotropina, aumentando ainda mais a secreção adrenal de cortisol (Glynn & Sandman, 2012).

Como já referido, a fisiologia da dor não é igual durante todo o TP e à medida que as contrações se tornam mais intensas e frequentes, a parturiente pode sentir-se mais ansiosa, causando tensão, medo, e, por conseguinte, a exacerbação da dor. A dor sentida, com menor ou maior intensidade, durante as contrações pode variar em cada momento e numa mesma mulher. Isto é devido à probabilidade de a mulher segregar substâncias endógenas analgésicas. Conhece-se que a concentração plasmática de beta-endorfina é substancialmente maior na gestante de termo quando confrontada com mulher não grávida, aumentando ainda mais no TP e reduzindo-se mediante analgesia epidural (Mathias & Carvalho, 2001).

3.2. Métodos não farmacológicos para alívio da dor de parto: musicoterapia e aromaterapia

No âmbito obstétrico, a dor em TP não está ligada às enfermidades, mas sim a um processo biológico reprodutivo natural do corpo feminino (Mafetoni R., Shimo K., Keiko, A., 2016). Nesse sentido salienta-se a relevância do alívio da dor a partir de métodos farmacológicos, pois caso não aliviada a dor pode alterar o processo de TP numa experiência negativa para a parturiente, podendo também revelar sentimentos como ansiedade, medo e insatisfação (Gallo, et al., 2011).

Por conseguinte, entende-se que a vivência da dor pode conferir ao parto e ao nascimento aspetos negativos. O conhecimento sobre os métodos de alívio da dor pode favorecer a melhoria dos cuidados à parturiente em TP e permite aos enfermeiros conceber estratégias para avaliar os cuidados oferecidos nessa fase.

Quando é oferecida informação às mulheres grávidas sobre o alívio da dor durante o TP é necessário incluir todas as opções existentes e, também, divulgar a possibilidade de usar métodos não farmacológicos (Biedma Velázquez, García de Diego e Serrano del Rosal, 2010). As medidas não farmacológicas de alívio da dor encontram-se mais numa ação direta da equipa de enfermagem, como nos diz Fróis e Figueiredo (2004), podendo o seu uso ser separado ou em simultaneidade com analgésicos de prescrição médica. O profissional de saúde tem “a obrigação e o privilégio de aliviar a dor” (Albert Schweitzer, citado por DGS, 2003, p.46).

As opções não farmacológicas para alívio da dor no TP são diversas, desde o movimento e mudanças de posição materna até à hidroterapia, o toque e massagem, a acupunctura, a acupressão, a hipnose, a estimulação nervosa transcutânea, o bloqueio

intradérmico com água, a aromaterapia e a musicoterapia (Lowdermilk & Perry, 2008).

Diante das alternativas e dentro dos métodos não farmacológicos para alcançar um parto menos doloroso encontra-se a aromaterapia baseada no uso de óleos essenciais com odores específicos para reduzir o stresse, a ansiedade e, conseqüentemente, a dor. Aromas como a lavanda, jasmim, eucalipto, rosa e laranja trazem efeitos significativos na percepção da dor, na ansiedade das parturientes e conseqüentemente na duração do TP. Obtém-se resultados efetivos na redução da dor e da ansiedade (Kaviani, Azima, Alavi & Tobei, 2014). A Lavanda tem efeitos tranquilizantes e relaxantes pelo que estudos indicam o seu uso para redução da dor, criando calma durante o parto (Kheirkhah, Setayesh Vali Pour, Nisani & Haghani, 2014). O óleo essencial de rosa atua diretamente no SNC diminuindo os níveis de ansiedade intraparto. O óleo essencial de Laranja oferece uma redução na ansiedade da mulher. Sendo constatado ainda, que este efeito ocorre também no feto, ultrapassando a barreira placentária através da via respiratória e, ainda, na amamentação (Namazi et al, 2014). Existem várias estratégias para o uso da aromaterapia com óleos essenciais e os efeitos de alívio do stresse e conforto podem ser gerados massajando os óleos essenciais naturais na pele, adicionando-os à água do banho ou inalando os aromas dos óleos adicionados a uma infusão de vapor ou queimador (Valipour, Kheirkhah, Neisani & Haghani, 2012).

Por outro lado, o mecanismo da massagem terapêutica envolve a estimulação dos recetores de pressão o que leva ao aumento da atividade vagal e à redução dos níveis de cortisol (Field, 2016). Um estudo realizado por Chen et al (2017) apresentou evidências de que a massagem com aromaterapia poderia reduzir significativamente o stresse e melhorar a função imunológica em mulheres grávidas.

Provavelmente devido à sua simplicidade e acessibilidade a aromaterapia tem sido usada como uma opção em alguns contextos de práticas de cuidados, isoladamente ou em conjunto, com o protocolo padrão de controlo da dor. Um estudo prospetivo não controlado no Reino Unido durante um período de oito anos entre 1990 e 1998 sugeriu que a aromaterapia reduz o medo, a ansiedade, a dor, a náusea e o vômito, fortalece os sentidos e melhora as contrações durante o processo de TP (Burns, Blamey, Ersser, Barnetson & Lloyd, 2000). Smith, Collins e Crowther (2011) realizaram a primeira revisão sistemática com foco específico nos efeitos da aromaterapia no processo de TP e concluíram a falta de estudos para avaliar o papel da aromaterapia no controle da dor no parto.

Um outro estudo realizado por Chen, et al., (2018) sugere que a aromaterapia é eficaz na redução da dor e duração do TP e que é geralmente segura para as mães.

Relativamente à musicoterapia Liu et al (2016) referem que este método tem um papel importante no alívio da dor. A música tem efeitos benéficos no corpo humano

como baixar a pressão arterial, diminuir o pulso, relaxar os músculos e a respiração e alcançar movimentos mais rítmicos. Além disso, é um elemento de distração que aumenta o entendimento de controlo e provoca um aumento nos níveis de endorfina. Segundo Bergold e Alvim (2009) a musicoterapia utiliza técnicas que visam produzir efeitos benéficos nas três áreas psicológicas (afetivo, cognitivo e psicomotor). Essas vantagens contribuem para melhorar o humor da mulher que, com uma escolha boa e personalizada da música, pode modificar significativamente seu caráter e lidar com esse momento de forma mais calma e pacífica (Bergold, 2005).

Estudos recentes demonstraram a relação entre o bem-estar psicológico materno e o bem-estar fetal durante a gravidez (Monk C. et al., 2000). Por volta do quinto mês de gestação o cérebro pode processar sons e o feto reage fisicamente ao som no útero, sendo as altas frequências mais eficazes porque passam mais facilmente pelo líquido amniótico (Reyes. et al., (2006). Quando as mulheres grávidas estão stressadas e ansiosas as glândulas supra-renais em seu organismo segregam adrenalina e catecolamina como resposta a essa situação. Essas hormonas passam pela barreira placentária e são passados para o feto, estabelecendo um estado fisiológico relacionado ao stresse da mãe ou ao seu estado de ansiedade (Campbell, 2001)

É necessário cultivar a saúde psicológica das mulheres durante a gravidez, uma vez que, e como já referido, as percepções emocionais da mãe afetam o feto nos níveis afetivo, emocional e orgânico. Pode-se dizer que o procedimento do CTG é ansiogénico e que ouvir música durante esse procedimento tem um impacto positivo nas mulheres grávidas, reduzindo seu grau de ansiedade. O uso de estimulação musical pré-natal com música relaxante e instrumental durante um período de catorze sessões de música de 40 minutos pode ser benéfico e eficaz como uma ferramenta para reduzir a ansiedade em mulheres grávidas, ajudando-as a relaxar e como resultado melhora o processo do parto ao reduzir o primeiro estadio do TP em mulheres nulíparas (García et al., 2018).

Vários estudos apontam para os benefícios do uso combinado da musicoterapia com a aromaterapia e existem outros métodos que se articulam e complementam aos 2 métodos anteriores, os quais são: a Terapia do Toque como refere Krieger (2002) pode resumir-se ao agarrar na mão do utente ou acariciando suavemente as costas, originando alterações a nível do hipotálamo produzindo um efeito relaxante. As parturientes que recebem suporte pela terapia do toque têm taxas mais baixas de uso de analgesia epidural, sensação dolorosa, parto instrumental e cesariana, além de maior grau de satisfação (Hodnett et al., 2012). Aceita-se que a prática do toque terapêutico contempla as exigências de uma execução holística baseada na perspetiva integral do ser humano.

A massagem e toque suave durante o parto é um método de alívio da dor com

efeitos relaxantes que estimula a produção de endorfinas e diminui as hormonas do stress, além de transmitir interesse e compreensão (Huntley, Coon & Ernst, 2004). Esta técnica baseia-se na manipulação dos tecidos moles do corpo para relaxar os músculos tensos e acalmar a mulher grávida. O contato físico tranquilizador e a massagem são recomendados como um método de alívio da dor durante o primeiro e o segundo estágio do TP. Parece que as mulheres apreciam essas intervenções que as fazem sentir bem e produzem bem-estar (Silva, 2010). A massagem pelo acompanhante reduz dor e ansiedade durante o parto e melhora o humor da mãe. Com a massagem consegue-se, além de uma redução da dor, melhorar o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

Outra opção não farmacológica para o alívio da dor é a hidroterapia ou a imersão na água. Um duche ou um banho em água quente produz um alívio imediato da dor das contrações, facilita o relaxamento, a mobilidade das mulheres e reduz significativamente o uso de analgesia regional. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da libertação de catecolaminas e a elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente (Gallo et al., 2011). A imersão na água oferece flutuabilidade à mulher, o que torna mais confortável a posição vertical, reduz o esforço para suportar o peso do abdómen e, conseqüentemente, ajuda a relaxar (Odent, 1998). Verificou-se que a progressão da dilatação é maior, o que está relacionado a uma melhor libertação de ocitocina, diminuindo a ansiedade e o stress. Não há compressão externa da veia cava inferior, o que resulta em maior oxigenação do tecido muscular e do feto, e as contrações são mais eficientes. Além disso, a leve vasodilatação causada pela água quente reduz a pressão arterial e aumenta o pulso materno que contribui para uma melhor oxigenação muscular e fetal (Eriksson, Mattsson & Ladfors, 1997).

As técnicas de relaxamento incluem relaxamento muscular progressivo, relaxamento condicionado, técnicas de respiração, entre outros. O relaxamento muscular progressivo consiste em um guia de conversão através do qual visa alcançar um relaxamento sucessivo dos músculos, dos dedos dos pés até à cabeça (Smith, Levett, Collins & Crowther, 2011). O relaxamento condicionado é baseado na associação de palavras e/ou frases com conteúdo relaxante, tendo em conta a imaginação da pessoa que se quer relaxar (Montes Berges & Aranda López, 2012). As várias técnicas de respiração servem de instrumento para que a mulher controle melhor a dor aquando das contrações (Bachman, 2002). Adotar uma respiração bem ritmada no TP ajuda a aumentar a quantidade de oxigénio disponível para a mãe e para o feto. A técnica respiratória diafragmática realizada de forma lenta e profunda é uma forma alternativa para o controle da dor durante o TP (Böing, Sperandio & Santos, 2007). A respiração diafragmática ou também chamada respiração profunda, é conhecida assim porque distende o diafragma e leva maior aporte de oxigênio até o abdómen. É através dessa técnica que se consegue aumentar significativamente a capacidade volumétrica

dos pulmões em mais do dobro. Apesar dos estudos apresentarem dificuldade de verificar a eficácia dessas técnicas na redução da dor concluem que exista uma percepção subjetiva de maior controle por parte das mulheres. Há também uma diminuição da ansiedade, uma maior distração da atenção à dor e uma redução na percepção da mesma (Fisher, 2004).

A liberdade de movimentos é uma medida simples que facilita o enfrentamento da sensação dolorosa no avanço natural do TP, podendo movimentar-se livremente durante o TP, ajudando a parturiente a aumentar o conforto, fundamental para a superação da dor das contrações (Piotrowski, 2000). A parturiente em pé ou de cócoras, no primeiro estadió do TP, tem menos dor, menor necessidade de analgésicos, menos alterações na frequência cardíaca fetal, encurta o tempo desse estadió e, também, favorece o feto a ter o espaço máximo possível na pelve. (idem, 2005).

3.3. Trabalho de Parto e intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica com utilização de musicoterapia e aromaterapia

A gravidez é um fenómeno fisiológico e, simultaneamente, um episódio grandioso na vida de um casal e em especial na vida da mulher. Integra-se no progresso normal de crescimento da personalidade e abrange reconstrução e reequilíbrio de vários aspetos. Para um bom desenvolvimento de TP é necessário o bem-estar físico e emocional da parturiente e pessoa significativa, sabendo o que é que eles consideram importante e o que eles sentem, podendo-se melhorar o nível de satisfação e a qualidade dos cuidados prestados.

Vários autores, ao longo da história, descreveram a gravidez de diferentes maneiras como uma experiência única, complexa e multidimensional (Lundgren, 2002), como uma experiência intimamente relacionada ao nascimento de uma criança saudável (Stadlmayr et al., 2003) e a um período físico e mental que termina com a aquisição do papel da mãe (Larkin, Begley & Devane, 2009).

Quase todas as mulheres experimentam a dor durante o parto, mas a resposta de cada mulher a essa dor manifesta-se de forma diferente. De acordo com experiências clínicas um parto anormal, uma distocia complicada, indução por ocitócicos ou um parto instrumental parece ser mais dolorosa do que um parto normal. De qualquer forma, mesmo um parto completamente normal também é doloroso. Uma tarefa muito importante do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é ajudar a parturiente a fazer o seu autocontrolo em situação de dor. Isso pode ser conseguido com medidas não farmacológicas em detrimento de medidas farmacológicas, tornando o trabalho de parto menos invasivo e mais natural. Para isso é fundamental e importante que se inicie no período pré-natal a oferecer informações esclarecedoras para a gestante e a pessoa significativa. Um bom apoio durante a gravidez e parto pelo EESMO

pode reduzir a necessidade de usar analgésicos e, assim, melhorar a experiência do parto. A preparação e orientação adequadas sobre o que acontecerá ou poderá ocorrer durante o trabalho de parto influenciarão favoravelmente a satisfação das mulheres no desenvolvimento do seu parto, evitando expectativas irrealistas. É também muito importante que o enfermeiro especialista tenha máximo de informação possível e seja veraz sobre os diferentes métodos de alívio da dor e tenha acesso à mais ampla gama destes métodos (SEGO, 2008).

Sabe-se, ainda, que o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica preconiza que é da função deste profissional, entre outras, garantir um ambiente seguro durante o TP e parto, promover o conforto e o bem-estar da mulher grávida, assim como cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2011).

A International Confederation of Midwives (ICM) declara, também, que é da competência do enfermeiro especialista a implementação dos métodos não farmacológicos pertinentes durante o TP, sendo que nesta intervenção se deu maior enfoque à aromaterapia e musicoterapia. Estes métodos constituem um instrumento imensamente vantajoso e efetivo e que, de uma forma mais ou menos elaborada, se podem encontrar à disposição do enfermeiro especialista.

As massagens realizadas pelo enfermeiro especialista, e que poderão envolver a pessoa significativa, também parecem ser eficazes. Carraro et al. (2006) expõe a massagem como uma estratégia de estimulação sensorial onde persiste o contacto e manipulação tecidual, sendo que no TP produz o alívio da dor, diminui o stresse, melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. Essa técnica favorece a consciência corporal, sobretudo das tensões. A tomada dessa consciência favorece o aprendizado relativo aos recursos para sua atenuação, sendo que seu emprego “propicia o alívio das tensões, minimizando o desconforto provocado pela dor do parto” (Silva et al., 2013, p. 4165). O método fundamenta-se no apoio da mão, pontas dos dedos ou outros dispositivos sobre qualquer ponto dolorido do corpo, com golpes leves ou firmes, vibração, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular, gestos de carinho e mesmo o abraço com objetivo de a parturiente sentir-se melhor (Carraro et al., 2006).

Paralelamente a estes métodos não farmacológicos o enfermeiro especialista dispõe de outras técnicas que lhe facultam o seu exercício profissional de uma forma mais completa, melhorando a saúde da grávida, bem como o seu bem-estar numa dimensão holística, possibilitando um ambiente mais calmo, potenciador de uma vivência positiva do TP. A possibilidade da parturiente adotar a posição que ela prefere, dentro ou fora da cama significa que não precisa necessariamente de estar na cama e

menos em decúbito dorsal. Deve gozar da liberdade de ficar em pé, sentar ou andar sem interferência do EESMO especialmente na fase de dilatação.

O apoio contínuo durante o parto resulta de imensa importância. O efeito da permanência de forma contínua durante o parto por uma pessoa significativa ou pelos profissionais de saúde produz menos necessidade de analgésicos e maior satisfação com a experiência, além de diminuir a taxa de partos instrumentais (Hodnett, Hofmeyr & Sakala, 2006). O EESMO deve reforçar o apoio, deve permanecer em silêncio, acompanhar e transmitir tranquilidade, confiança e sem julgar o comportamento das parturientes neste momento, fornecer apoio físico e emocional e, assim demonstrar total confiança na capacidade da parturiente no controle do seu TP (Contreras, 1998).

3.4. Percorso metodológico da intervenção

Para sistematizar a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor em TP, nomeadamente, musicoterapia e aromaterapia, recorreu-se a uma revisão de literatura na direção de identificar a máxima evidência científica e meditar sobre os contributos da mesma na área em análise. Quando os profissionais indagam os conhecimentos obtidos e a sua prática conseguirão otimizar uma intervenção mais pertinente e segura na resposta às necessidades dos utentes.

Segundo Pereira & Bachion (2006) a revisão da literatura é uma forma de ter acesso às "melhores evidências externas, contribuindo para a tomada de decisão baseada em evidência" (p.492). Outros autores como Sanchez et al., (2007) afirmam que a revisão da literatura consiste na melhor evidência científica disponível para a tomada de decisões no cuidado dos utentes. É um recurso para a toma de decisões sobre os cuidados a efetuar, baseado na inserção dos melhores resultados científicos provenientes da investigação original e adaptáveis aos diferentes âmbitos da prática da enfermagem (Rolloff, 2010).

A prática baseada na evidência pretende melhorar o cuidado, identificando e possibilitando a práxis que se exerça, eliminando a ineficiente ou prejuízo.

Perante os pressupostos atrás referidos e sabendo-se que receber estimulação musical (García González et al., 2018) e olfativa (Chen et al., 2017) (Chen et al., 2018) tem vantagens para a mulher e para o feto, apesar de não ser uma prática frequente nos serviços de saúde, pretendeu-se desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher durante o primeiro estadió do TP, fazendo recurso à adoção da estimulação musical e olfativa. Assim, apresenta-se a intervenção desenvolvida tendo por base princípios científicos, procurando conhecer as experiências do TP das parturientes, ou seja, compreender o significado que tem para as essas parturientes a experiência de TP através do recurso a terapias alternativas não-farmacológicas, como

a musicoterapia e a aromaterapia.

Pretendeu-se, então, compreender o efeito da música e aromas durante o primeiro estadio do TP sob o ponto de vista das parturientes, descrevendo e interpretando os benefícios, sentimentos e sensações que essa possibilidade lhes provocou, numa lógica de compreensão do problema. Neste sentido, traçou-se o objetivo geral da implementação desta intervenção sistematizada:

- Compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso da musicoterapia e aromaterapia em TP.

Deste objetivo geral derivam os seguintes objetivos específicos:

- Descrever as experiências vivenciadas pelas parturientes que experienciaram o recurso da musicoterapia e aromaterapia durante TP.
- Identificar os contributos do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o TP.

Face aos objetivos delineados pretende-se com a presente intervenção contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados especializados com o aumento do bem-estar físico e emocional da parturiente em TP pelo que o enfermeiro especialista deve ocupar um lugar prioritário nesses mesmos cuidados.

Numa etapa anterior à realização intervenção com a utilização da musicoterapia e aromaterapia para alívio da dor em TP, no serviço de obstetrícia, foi solicitado pedido de autorização para a realização da intervenção à Comissão de Ética da ULSAM (Apêndice 1) e adquirida posteriormente a respetiva autorização (Anexo I).

Para responder aos objetivos o grupo alvo eleito para a intervenção foi o conjunto de mulheres admitidas no Bloco de Partos do serviço de obstetrícia da ULSAM, primíparas, com gestações de termo, não possuidoras de patologia clínica ou obstétrica, parturientes cuja intervenção decorreu pelo menos 4 horas de TP, que desejaram métodos não farmacológicos para o alívio da dor através da musicoterapia e aromaterapia e que aceitaram participar mediante consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). A intervenção foi realizada no período de novembro de 2017 a janeiro de 2018.

As parturientes que desejaram participar foram-lhes prestados cuidados de enfermagem especializados, no primeiro estadio do TP, com utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor em TP propostos. Para a musicoterapia a parturiente escolheu a sua música que era facultada por meios eletrónicos entre os sons disponíveis encontrava-se músicas com melodia suave como sons da natureza, a chuva, as ondas do mar, pássaros, música de ninar e estilos como Chillout e New Age. A aromaterapia efetuou-se com uma massagem pelo corpo da parturiente com loção corporal com cheiro a lavanda ou laranja e realizada pelo EESMO, mas também, foi feita pela pessoa significativa em alguns casos, quando a parturiente preferiu.

Após a intervenção com a utilização da aromaterapia e a musicoterapia e para

avaliação desta realizou-se uma entrevista semi estruturada às parturientes até às 48h após o parto. A entrevista era composta por um guião (Apêndice 4) e realizou-se no final do quarto estágio ou em outro momento negociado com a mãe durante o internamento no puerpério. As entrevistas foram realizadas com a intenção de obter as informações necessárias para atingir o objetivo da avaliação e terminaram quando foi encontrada a saturação dos dados que segundo Morse e Friel (1995) é o "ponto em que uma certa diversidade de ideias já foi ouvida e com cada entrevista ou observação adicional nenhum outro elemento aparece" (p.147) ou seja, quando os dados não contribuem com nenhuma ideia nova ou dados relevantes (Gomez & Campoy, 2013).

A entrevista foi realizada à parturiente a sós para evitar que a presença de acompanhantes compromettesse ou a limitasse na livre expressão acerca da experiência durante o TP.

As entrevistas foram gravadas de forma áudio digital com anterior consentimento informado. Posteriormente a audição das entrevistas, procedeu-se à transcrição completa das mesmas. Realizou-se, de seguida a análise de conteúdo dos discursos das entrevistas transcritas e foi, então, eleito o conteúdo dos discursos de 9 entrevistadas.

Para a realização desta intervenção e tratando-se de presença de seres humanos foi imperatório acatar os pressupostos éticos: o direito à autodeterminação onde deve ser respeitada a pessoa e esta seja capaz de decidir por ela própria, ou seja, que tem o direito de optar livremente sobre a sua participação ou não; direito de abandonar a sua participação, sem nenhuma penalização e sem exigência de esclarecer o abandono; o direito ao anonimato, à confidencialidade e à intimidade.

3.5. Apresentação e discussão dos resultados

Como já referido a avaliação da intervenção foi realizada através de entrevista semiestruturada, uma ferramenta de comunicação bidirecional entre o participante e o entrevistador sobre o tema a ser estudado (Denzin & Lincoln, 2011). Na entrevista prevaleceu a flexibilidade e a intenção de aprofundar os assuntos em causa.

Para a análise dos discursos proferidos pelas entrevistadas foi aplicada a análise de conteúdo legitimada e relatada por Bardin (2013). Segundo a autora, "para tirar partido de um material dito «qualitativo» (. . .) material verbal rico e complexo", é indispensável o recurso à análise de conteúdo (p. 89). O princípio da análise de conteúdo consiste em "desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação" (Laville & Dionne, 1999, p. 214).

Antes da apresentação dos dados, procedeu-se à caracterização

sociodemográfica das entrevistadas. Assim importa dizer que participaram nove mães com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos, com média de 27,78 anos. A totalidade das parturientes incluídas nesta intervenção tiveram uma gravidez vigiada (com um número de consultas ≥ 6). A frequência dos cursos de preparação para a parentalidade e parto na gravidez atual ocorreu com duas mulheres, sendo que as restantes não as frequentaram. Nas aulas de preparação para o parto e parentalidade abordam-se as questões relacionadas com a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, pelo que as grávidas que frequentaram as aulas já tinham algum conhecimento sobre a musicoterapia e aromaterapia. Todas as entrevistadas experimentaram partos eutócicos, à exceção de uma que teve um parto distócico auxiliado por ventosa.

Da análise de conteúdo dos 9 relatos das parturientes e de acordo com os objetivos previamente definidos emergiram duas áreas temáticas: a experiência de TP com o recurso da musicoterapia e aromaterapia e os contributos do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o TP (quadro 1). A partir das áreas temáticas emergiram as categorias e respetivas unidades de análise, conforme se apresenta a matriz de redução de dados (apêndice 5).

Quadro 1 – Áreas temáticas e categorias resultantes da análise de conteúdo dos discursos das parturientes.

Área Temática	Categoria
A experiência de TP com o recurso da musicoterapia e aromaterapia	Satisfação com os cuidados prestados
	Satisfação com o TP
	Não cumpridas as Expectativas sobre o TP
	Superadas as Expectativas negativas sobre o TP
Contributos do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o TP	Favorecedor da Progressão do Trabalho de Parto
	Controlo da dor
	Conforto e relaxamento
	Redução do medo e ansiedade

Da primeira área temática e da análise dos discursos das entrevistadas destaca-se uma satisfação das parturientes com a qualidade dos cuidados prestados pelo EESMO. Tomando como referência os pressupostos teóricos que orientaram o ENP encontraram-se argumentos que evidenciam a instauração de cuidados centralizados na mulher:

"Senti-me muito bem atendida. Toda a equipe foi ótima comigo". (E1); "A parteira pareceu-me uma excelente profissional, indicando os passos a seguir e quando puxar."

(E4); "*(...) Eu tive muita sorte trataram-me muito bem, (...) senti-me protegida e amada por todos*". (E7).

Parece que a satisfação das mulheres ter sido influenciada pelo apoio, ajuda e pelos comportamentos por parte dos profissionais de saúde durante o TP, indo ao encontro do que refere Cooper GM et al. (2010) e Costa, Pacheco & Figueiredo, 2012).

Encontraram-se nos discursos das parturientes comentários que mostram satisfação com o TP como nos exemplos que se seguem: "*Eu vivi o momento mais especial da minha vida.*" (E3); "*Muito bom parto! O parto foi o melhor de toda a gravidez. Eu ri, dormi, chorei, conversei com meu marido...*" (E6); "*A minha experiência foi maravilhosa.*" (E7).

Deste modo a satisfação com o TP e pelos cuidados prestados manifestado pelas parturientes parece ser justificada pelo nível demonstrado com o atendimento prestado corroborado com Lothian e DeVries (2017) quando dizem que os fatores que mais afetaram a satisfação no parto são as expectativas pessoais, bom relacionamento, confiança na equipa de obstetrícia, atendimento contínuo, suporte adequado e capacidade de participar e tomar decisões. Por outro lado, outros autores como Christiansen P *et al.* (2002) acreditam que o alívio da dor e o nível de dor experimentada é uma questão importante para as mulheres em TP, bem como a duração do TP e que podem afetar a satisfação da mulher com o parto e podem ter repercussões emocionais e psicológico imediato e de longo prazo.

Nos discursos das parturientes foram identificadas experiências que superaram as suas expectativas prévias como: "*Achei que o parto seria muito mais doloroso e com mais horas de espera*" (E1); "*Foi mais rápido do que o esperado*" (E2); "*As contrações doem, mas são suportáveis "... achei que ia doer mais ..."* (E3); "*Eu estava com muito medo de perder o controlo da situação por causa da dor das contrações, mas graças a todas as informações que eu tinha, eu controlei... Em nenhum momento houve sofrimento (...)*". (E6).

Segundo é referido por Conde *et al.* (2011), Costa, Pacheco e Figueiredo (2012), Lothian & DeVries (2017) e Preis *et al.* (2018) a obtenção das expectativas anteriores é fundamental para favorecer a satisfação com o TP. Compreender o que a parturiente considera significativo dos cuidados de saúde e o que espera permite adaptar a intervenção proporcionada às necessidades da parturiente, melhorando o nível de satisfação e qualidade dos cuidados prestados. Perceber as expectativas, a satisfação da parturiente diante das práticas obstétricas, facilita aos profissionais adotar alternativas nas suas práticas e desenvolver técnicas na procura da excelência do cuidar. Quanto maior forem cumpridas as expectativas, mais elevada será a satisfação da parturiente face aos cuidados recebidos durante o TP, sendo necessário considerar as dimensões da preparação para o parto e parentalidade no plano de vigilância de

gravidez. (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2012). Os mesmos autores afirmam ainda que, de forma geral, a experiência de parto é percebida pela maioria das mulheres como difícil, principalmente por envolver elevados níveis de dor, ansiedade, perda de controle e emocionalmente negativa. O parto é um acontecimento que provoca expectativas desde o início da gravidez e marca profundamente a vida das mulheres, quer por sentimentos positivos ou negativos (Ronconi et al. (2010). A satisfação das mulheres com o parto está intimamente relacionada com numerosos fatores dos quais se salienta a cultura, as experiências, as expectativas, os conhecimentos e, particularmente, a atenção e os cuidados recebidos durante o parto (Lopes et al., 2009, citado por Arias, 2011).

Em contrapartida, também foram encontradas duas referências de expectativas não cumpridas que, apesar de não estarem diretamente implícitas aos métodos propostos na intervenção, foram consideradas por se relacionarem com a duração, a dor e o tipo de parto: "*(...). Com a dor esqueci tudo o que sonhei para o meu parto. (...) A sensação de ser uma mãe má por não ter conseguido dar à luz sem uma epidural acompanhou-me em todos os momentos juntamente com a preocupação de saber se tudo ficaria bem...*" (E5); "*O parto foi longo de mais [Esperava menos horas].*" (E8).

A perda de controle durante o TP está intimamente relacionada às experiências da mulher durante o processo. Se a sua experiência de nascimento não foi a de uma mulher saudável em TP ou se teve dor intensa associada ao TP prolongado, isso causa uma forte dissonância entre o que era esperado e o que se experimentava.

Relativamente aos contributos da musicoterapia e aromaterapia durante o TP as parturientes revelaram 4 tipos de contributos. Duas parturientes mencionaram que a musicoterapia e a aromaterapia favoreceram a progressão do TP: "*Foi tal concentração que tive na música e na respiração (...) Eu acho que a música acelerou o processo*" (E2). "*A massagem com aromaterapia relaxou nas pausas, facilitou as contrações e que, na minha opinião, encurtou os tempos*" (E3). Estes discursos vão de acordo com os estudos de Chen et al. (2018) onde sugerem que a aromaterapia é eficaz na redução da dor durante o TP e sua duração. Além disso, segundo García González et al. (2018) a estimulação musical pré-natal melhora a percepção do TP reduzindo o primeiro estadió do TP em mulheres nulíparas.

Quanto à aromaterapia, há ensaios clínicos que encontraram um encurtamento da duração da primeira fase do TP durante a fase ativa (Kaviani et al., 2014; Yazdkhasti & Pirak, 2016; Kamalifard et al., 2016; Zahra & Leila, 2013).

A música foi referenciada como um contributo do alívio da dor durante o TP por cinco parturientes, com as seguintes expressões: "*Foi tal concentração que tive na música e na respiração durante a dilatação que a consegui fazer perfeitamente sem nenhum tipo de anestesia*". (E2); "*Apoiada pela música que você preparou (...) a dor*

foi mais suportável". (E4); "*A música serviu como ponto focal de distração da dor.*" (E6).

Perante estes resultados pode-se dizer que a música tornou-se um contributo para o alívio da dor tal como é sugerido em estudos de (Guétin et al., 2018) referindo que a estimulação musical não só tem efeito ansiolítico, como também pode reduzir significativamente a intensidade da dor durante o TP.

Segundo Chen et al. (2018) na meta-análise de diferentes ensaios clínicos mostra que a aromaterapia reduz a dor do parto durante a transição na fase de dilatação de 8-10 cm na primeira fase do TP. Duas parturientes referiram-se à aromaterapia como método de alívio da dor durante a DP: "*A massagem com aromaterapia relaxou nas pausas, facilitou na dor das contrações...*". (E3) "; [*A aromaterapia*] *auxiliou no alívio das contrações*" (E6).

Cinco parturientes expressaram que a música promoveu conforto e relaxamento durante o TP. Alguns exemplos são: "*eu guardo com muito carinho muito especial cada uma das músicas, especialmente a música de relaxamento*" (E1); "*Apoiada pela música que você preparou, os ritmos transportaram-me para um estado de relaxamento e até mesmo um transe*" (E4); "*A música ajudava a relaxar*" (E9). Perante estas expressões permite destacar mais uma vez o efeito ansiolítico mencionado anteriormente.

No caso da aromaterapia, foram três as entrevistadas que sentiram conforto e relaxamento durante o TP dizendo frases como: "*(...) e a massagem aumentou a sensação de bem-estar e os sentimentos positivos*" (E1); "*A massagem promoveu o relaxamento...*" (E6).

Por outro lado, existem estudos que mostram o efeito prejudicial da ansiedade materna durante a gravidez, incluindo alguns autores (Steer, Scholl, Hediger & Fischer, 1992; Groome LJ et al., 1995; Sjöström et al., 2002) que relacionam os problemas durante o parto como a ansiedade. A musicoterapia tem demonstrado um efeito ansiolítico em diversos cenários (Orjuela, 2011; Bradt e Dileo, 2009; Liu et al., 2016, Chan & Chen, 2005), também durante o trabalho de parto (Guétin et al., 2018). Na intervenção realizada encontraram-se discursos que evidenciam este facto: "*Eu adorei a música e embora pareça estranho, eu diverti-me muito. Eu sei que houve alguns momentos de dor, mas eu estava sempre calma.*" (E2); "*A música também levantou meu ânimo e reduziu minha ansiedade.*" (E9).

Três parturientes indicaram que a aromaterapia reduziu o medo e ansiedade: "*A massagem fez maravilhas para me acalmar antes da parte difícil do parto.*" (E2); "*(...) a aromaterapia também ajudou a aliviar o medo e a ansiedade (...).*" (E4). Esses depoimentos são compatíveis com a conclusão de estudos como o de Fahimeh et al. (2015), onde se constata que a aromaterapia efetivamente reduziu a ansiedade durante o TP.

3.6. Conclusões e recomendações

A dor do parto é uma dor aguda com um início e um fim bem definidos e de uma grande variabilidade individual. Este facto explica porque, para algumas mulheres, é possível controlar a dor do parto confiando apenas em seus recursos e ajudadas pelos profissionais de saúde, enquanto outras preferem ou precisam de outras formas de controlo da dor, nomeadamente o recurso a terapêutica analgésica. Nesse caso o enfermeiro especialista tem de saber como responder a essa demanda, incluindo qualquer tipo de terapia ou tratamento farmacológico ou alternativo. O alívio da dor durante o trabalho de parto é muito importante na assistência em cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista que atende a parturiente nesse processo, pois, como descrevemos anteriormente, terá como consequência a probabilidade de maior satisfação, da percepção de um parto positivo e da parturiente sentir-se mais relaxada e focada em si mesma e no seu TP e parto.

Com base na literatura atual parece justificável o uso da musicoterapia ou aromaterapia para o alívio da dor em parto de baixo risco. Após esta revisão, valorizou-se como necessário o esforço do estudo no campo sobre o controlo e alívio da dor durante o TP, principalmente em relação às terapias alternativas. Estes novos investimentos devem ter como objetivo conhecer e avaliar essas opções menos conhecidas, de que modo é que elas se mostram eficazes, para que possam ser incorporadas ao portfólio de serviços para o seu uso exclusivo ou em combinação com outras.

Com a realização da intervenção podem tirar-se algumas conclusões através dos dados obtidos que, embora não se possam generalizar, mas poderão servir de suporte favorável para a aplicação na prática clínica de recursos como a musicoterapia e aromaterapia durante o primeiro estadio do TP. O recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o TP para a maioria das parturientes tornou-se uma experiência positiva e de satisfação, superando expectativas negativas previamente formuladas por elas. Contudo é de salientar que 2 das parturientes consideraram essas expectativas não cumpridas, sendo que a razão atribuída, por uma das parturientes, não parece ser clara e diretamente relacionada com os métodos não farmacológicos utilizados no seu TP, mas sim pela exigência do tipo de parto que foi sujeita.

Pelos discursos relatados demonstram que as parturientes identificaram contributos do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o TP, nomeadamente no controlo e alívio da dor, no conforto e o relaxamento e na progressão do TP, assim como na redução da ansiedade e medo.

Embora não se possa estimar a satisfação das parturientes exatamente com esta intervenção, pode compreender-se que, de uma forma geral, ficaram satisfeitas com o

TP já que a promoção da musicoterapia e aromaterapia foi uma das intervenções independentes levadas a cabo na prestação de cuidados.

Face aos resultados da intervenção pode justificar-se algumas recomendações. Atendendo a que as parturientes integradas na intervenção referiram ter tido pouca informação sobre terapias alternativas não farmacológicas para o controlo e alívio da dor em TP, pelo que demonstraram dificuldade na sua opção devido ao seu desconhecimento. Neste sentido, pensa-se recomendável que as grávidas no período pré-natal recebam informação de forma clara e específica sobre os métodos alternativos de que dispõem para o momento do parto.

Propõe-se a divulgação dos resultados desta intervenção a profissionais do contexto assistencial e o apetrechamento desses contextos com estes recursos para a utilização destes métodos não farmacológicos.

Por fim continuar a realização de outras intervenções ou estudos sobre este tema para melhor compreensão da satisfação das parturientes sobre a eficácia da aplicação destes métodos alternativos ao alívio da dor no TP.

Por último salientar que no decurso da implementação da intervenção encontraram-se limitações, observando-se alguma dificuldade em obter casos que pudessem ser incluídos, por não cumprirem os critérios de inclusão sobretudo no que se refere ao limite temporal de 4 horas de intervenção durante o TP, nomeadamente por situações de TP de progressão rápida. Paralelamente existiu o facto da fraca adesão da parturiente e pessoa significativa em participar na intervenção por não ter o costume de ouvir música no seu diário. Além disso, é de destacar a fraca experiência do enfermeiro especialista neste tipo de intervenção e na técnica de entrevista de forma a explorar e focalizar os relatos das entrevistadas para as áreas a aprofundar.

Como síntese global e da avaliação da intervenção dizer que os resultados poderão corroborar para a execução na prática destes métodos não farmacológicos, uma vez que foram favoráveis para a satisfação da mulher com o seu TP.

O uso pelas parturientes deste tipo de métodos alternativos torna-as mulheres protagonistas, proprietárias de seu parto, onde a mulher dá uma demonstração de força e de capacidade para o nascimento de seu filho. O conceito de humanização do parto está amplamente relacionado com o respeito pela individualidade das mulheres, tornando-as protagonistas e habilitando-as para um papel ativo ao longo de todo o TP.

A intervenção do enfermeiro especialista torna-se fundamental para restaurar a confiança das mulheres no seu corpo, garantir que tenham acesso a cuidados de qualidade, dar apoio e informação que contribua para a promoção de uma experiência de parto positiva, sem medo, sem ansiedade e sem dor.

Considerações finais

A realização deste ENP constituiu-se uma mais-valia para a obtenção de competências do enfermeiro especialista no cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP de forma a melhorar a sua saúde através do diagnóstico, prevenção de complicações, e adaptação do RN à vida extrauterina e na vigilância pré-natal em contexto de cuidados de saúde primários para responder às necessidades da mulher e sua família ao longo do ciclo reprodutivo, visando a otimização do potencial da sua saúde.

Este relatório teve como objetivo central evidenciar, o mais rigoroso possível, as atividades, intervenções e ações desenvolvidas no decorrer do estágio profissionalizante.

Durante o referido estágio foi possível provar a ligação entre a prática e a teoria, numa atividade estimulante e motivadora, incluindo os paradigmas teóricos de Watson e Neuman. O pensamento sobre estas autoras contribuiu não só para uma prática mais advogada no decorrer do estágio, mas também, para um desempenho mais compreensivo do enfermeiro especialista.

Pode-se concluir que os objetivos principais foram alcançados com a aquisição das competências e aptidões do enfermeiro especialista, com a descrição de todas as atividades e intervenções realizados, servindo-se continuamente da evidência científica mais recente e dando resposta ao que está preconizado no regulamento das competências específicas do EESMO. A participação do enfermeiro especialista no acompanhamento da gravidez e no processo de TP exige competência do ponto de vista técnico e científico, mas, também, humano, ético e social que ajudem nos processos de tomada de decisão aquando dos diferentes momentos de prestação de cuidados especializados.

A intervenção desenvolvida contribuiu positivamente para promover o controlo e alívio da dor das parturientes em TP, destacando-se a satisfação com os cuidados, o relaxamento e gestão de ansiedade/stresse no TP, e consequentemente, contribuiu para a evidência da prática na melhoria dos cuidados. Para além disso, proporcionou a otimização de capacidades e competências da utilização da evidência científica para a prática clínica que contribuíram ao nível de recomendações para possíveis intervenções futuras na melhoria da prática especializada em Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. 2ª ed. Coimbra: Formasau.
- Almeida, N. A. M., Bachion, M. M., Silveira, N. D. A., & Souza, J. T. (2004). Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. *Revista enfermagem UERJ*, 12(3): 292-298.
- Antunes, M.; Lopes, J. & Fernandes, R (2006) – *O grau de satisfação das grávidas face ao curso de preparação para o parto*. *Nursing*. 16(213): 7-10.
- Arias, B. (2011). *Práticas obstétricas segundo a OMS: expectativas, percepção e satisfação da mulher*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu- Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1524>.
- Bachman, J. A. (2002). O manejo do desconforto. In *Lowdermilk DL, Perry SE & Bobak IM. O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley Publishing Company, EUA. ISBN-13: 978-0201120028.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82 (3): 402-407. Disponível em https://journals.lww.com/ajnonline/Citation/1982/82030/From_Novice_To_Expert.4.aspx.
- Bergold, L. & Sobral, V., (2003) Music for care humanization. *Online Brazilian Journal of Nursing*, December, 2 (3). ISSN 1676-4285. Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4882>.
- Bergold, L. (2005). *A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental*. (Dissertação de Mestrado não publicada) Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Bergold, L. B., & Alvim, N. A. T. (2009). *Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado*. *Texto and Contexto Enfermagem*. Florianópolis, jul-set: 18 (3), 532.
- Biedma Velázquez, L., García de Diego, J.M., & Serrano del Rosal, R. (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(1), 3-15. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000100002&lng=es&tlng=es.
- Bismarck, J. A. (2007). *Analgesia em obstetrícia*. Permanyer: Lisboa. Portugal.
- Bobak I., Lowdermilk, D., Jensen, M., & Perry, S. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Ed.. Loures: Lusociência.
- Böing I, Sperandio F.F. & Santos GM. (2007). Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *Revista Femina*. 35 (1):41-6.
- Borges, B. B., Serrano, F. & Pereira, F. (2003). Episiotomia: Uso generalizado versus seletivo. *Acta Médica Portuguesa*, (16), 447-454. Disponível em https://run.unl.pt/bitstream/10362/21881/1/1214_1788_1_PB.pdf
- Bradt, J., & Dileo, C. (2009). *Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease*

patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.

Burns EE, Blamey C, Ersser SJ, Barnetson L & Lloyd AJ. (2000). *An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. Journal Alternative Complementary Medicine*. 6:141– 147. doi: 10.1089/acm.2000.6.141.

Canavarro, M.C. & Pedrosa, A.A. (2005). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. In Leal, I (Org.). *Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas* (225-257). Lisboa: Fim de Século.

Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT et al. (2006). *Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres*. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (n. Esp):97-104.

Castro Menéndez A., López Medina MD, López Araque AB, Rodríguez Castilla F. (2015). Influencia de la analgesia epidural en la aparición de la fiebre intraparto. *Metas de Enfermería*.18 (10): 56-61.

Cambic CR, Wong CA. (2010) *Labour analgesia and obstetric outcomes*. *Br J Anaesth*. 105 (Suplemento 1):50–60. DOI: 10.1093/bja/aeq311.

Campbell, D. (2001). *El efecto Mozart para niños. Despertar con música el desarrollo y la creatividad de los más pequeños*. Urano: Barcelona. ISBN: 9788479534820.

Caplan, G. (1981). Mastery of stress: psychosocial aspects. *American Journal Psychiatric*, 138 (4):413-420. Doi.org/10.1176/ajp.138.4.413

Chan SC, Chen CH. A (2005). Effects of music therapy on women's physiological measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. *Research Nursing Health*; (28) 6:453-461. Doi: 10.1002/nur.20102.

Chen, P. J., Chou, C. C., Yang, L., Tsai, Y. L., Chang, Y. C., & Liaw, J. J. (2017). Effects of Aromatherapy Massage on Pregnant Women's Stress and Immune Function: A Longitudinal, Prospective, Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23 (10), 778-786. Doi: 10.1089/acm.2016.0426

Chen, S. F., Wang, C. H., Chan, P. T., Chiang, H. W., Hu, T. M., Tam, K. W., & Loh, E. W. (2018). Labor pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Women and Birth*, out (18). Doi : 10.1016/j.wombi.2018.09.010. disponível em <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.010>

Christiansen P, Klostergaard KM, Terp MR, Poulsen C, Agger AO & Rasmussen KL (2002). Long-memory of labour pain. *Ugeskr Laeger*,164 (2):4927-4929.

Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: Continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 8 (1): 49-66.

Conde, E. F. Q., Jazenko, F., Fraga F. R. S., Costa, D. H., Torro-Alves, N., Cavallet, M., & Gawryszewski, L. G. (2011). Stimulus affective valence reverses spatial compatibility effect. *Psychology & Neuroscience*, 4 (1): 81-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2011.1.010>.

Contreras, C. (1998). *Estrategia alternativa para la disminución en el índice de cesáreas: apoyo psico-emocional durante el trabajo de parto*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cooper GM, MacArthur C, Wilson MJ, Moore PA & Shennan A, (2010) COMET Study Group UK. Satisfaction, control and pain relief: short- and longterm assessments in a randomised controlled trial of low-dose and traditional epidurals and a non-epidural comparison group. *International Journal Obstetric Anesthesia*. 19 (1):31-7. Doi: 10.1016/j.ijoa.2009.05.004.

Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2012). Antecipação e experiência emocional do parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1): 14-31.

Couto, G. (2006) – Preparação para o parto: Perceção pelos Enfermeiros Especialistas. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*. Lisboa. ISSN 4556-3214.

Crenshaw, J. (2007). Care practice# 6: No separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *The Journal of perinatal education*, 16(3): 39-43. Doi: 10.1624/105812407X217147.

Cunha, A. D. A. (2010). Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina*, 38(11), 599-606.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. Sage.

Saúde. *Saúde. em https*. Eriksson M, Mattsson L & Ladfors L. (1997). Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery*, 13(3): 146-148. Doi: 10.1016/S0266-6138(97)90005-X.

Fakari, F. R., Tabatabaeichehr, M., Kamali, H., Fakari, F. R., & Naseri, M. (2015). Effect of inhalation of aroma of geranium essence on anxiety and physiological parameters during first stage of labor in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Journal of caring sciences*, 4(2): 135-141. Doi: 10.15171/jcs.2015.014.

Field T. (2016). *Massage therapy research review*. Complementary therapies in clinical practice, 24 (4): 224-229. Doi: 10.1016/j.ctcp.2014.07.002

Fisher, L. (2004). *Introduction to yoga*. Aust Yoga Life, 10, 6-7.

Freese, B. T. (2004). *Betty Neuman: modelo de sistemas*. In Tomey A.M.; Alligood, M. R.(Org.). *Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociências: Loures, 335-375.

Friedman, E. (1978). *Labor: Clinical evaluation and management*. 2^oed. Nova Iorque: Appleton.

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Revista Femina*, 39 (1): 41-48.

García González, J., Ventura Miranda, M. I., Requena Mullor, M., Parron Carreño, T., & Alarcón Rodríguez, R. (2018). Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(8): 1058-1065. Doi: 10.1080/14767058.2017.1306511.

Glynn, L. M. & Sandman, C. A. (2012), *Sex moderates associations between prenatal glucocorticoid exposure and human fetal neurological development*. *Developmental Science*, 15: 601-610. doi:10.1111/j.1467-7687.2012.01159.x.

Gomez, T, E. Campoy (2013). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos Manual básico para la realización de tesis, tesis y trabajos de investigación 2. Disponível em <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:T?cnicas+e+instrumentos+cualitativos+de+recogida+de+datos#1>.

Graça, L. (2010) *Medicina Materno-fetal*. 4^a Edição. Lisboa: Lidel.

Groome LJ, Swiber MJ, Bentz LS, Holland SB & Atterbury JL. (1995). Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behaviour at 38 to 40 weeks of gestation. *Journal Developmental*

Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (1): 45-51.

Guétin, S., Brun, L., Mériadec, C., Camus, E., Deniaud, M., Thayer, J. F. & Williams, D. P. (2018). A Smartphone-Based Music Intervention to Reduce Pain and Anxiety in Women before or during Labor. *European Journal of Integrative Medicine*, 21:24-26. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.06.001>.

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382018303044?via%3Dihub>.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2006). *The Reproductive Health Library*. World Health Organization.

Hodnett E, Gates S, Hofmeyr J, Sakala C. (2012). *Continuous support for women during childbirth* (review). *Cochrane Database Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

Huntley AL, Coon JT, Ernst E. (2004). Complementary and alternative medicine for labor pain: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. (19)1:36– 44. Doi: 10.1016/j.ajog.2003.12.008.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011) Recenseamento da População e Habitação.

International Association for Study of Pain (1979) *Pain terms: A list with definitions and notes on usage*. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *Pain*, 14: 205-208.

Jenkinson, B.; Josey, N.; Kruske, S. (2014). *Birth Space: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queenslandes. Disponível em https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:339451/UQ339451_fulltext.pdf

Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T & Neilson JP. (2012) *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

Kamalifard M, Delazar A, Satarzade N, Mirghafourvand M, Dousti R. (2016). *The comparison of the impact of lavender and Valerian aromatherapy on reduction of the active phase among nulliparous women: a double blind randomized controlled trial*. *Internation Journal of Medical Research Health Sciencs*; 5,9S:532–538.

Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 32 (1): 159-167. ISSN 1137-6627.

Kaviani M. S., Maghbool S, Azima S, Tabaei M.H. (2014). Comparison of the effect of aromatherapy with Jasminum officinale and Salvia officinale on pain severity and labor outcome in nulliparous women. *Iranian Journal Nursing Midwifery Research*, 19 (6):666–672. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280734/>.

Kaviani M.S. Azima, N. Alavi, and M. H. Tobei, (2014) “The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women,” *British Journal of Midwifery*, 22 (2). DoiOI: 10.12968/bjom.2014.22.2.1

Kheirkhah M, Setayesh Vali Pour N, Nisani L, Haghani H. (2014). *Comparing the effects of aromatherapy with rose oils and warm foot bath on anxiety in the first stage of labor in nulliparous women*. *Iran Red Crescent Medical Journal*. 16(9):14455. Doi: 10.5812/ircmj.14455.

Krieger D. (2002). *Toque terapêutico: novos caminhos da cura transpessoal*. Editora Cultrix.

Larkin P, Begley CM, Devane D. (2009). *Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis*. *Midwifery*; 25(2):49–59. DoiOl: 10.1016/j.midw.2007.07.010.

Laville, C., Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lavender T & Neilson JP. (2012) *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD009234. Doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

Liu YH, Lee CS, Yu CH & Chen CH. E (2016). *Effects of music listening on stress, anxiety and sleep quality for sleep disturbed C pregnant women*. *Women Health*; 56(3):296-311. DOoil: 10.1080/03630242.2015.1088116.

Lothian, J. & DeVries, C. (2017). *The Giving Birth with Confidence*. 3ª edição. United States: Kindle Edition.

Lowdermilk, D.L. & Perry, S. E. (2008) – *Enfermagem na Maternidade*. 8ª Edição. Nova Iorque, USA: Lusodidata.

Lowe, K.N (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.186 (5):16-24.

Lopes, C. V., Meincke, S. M. K., Carraro, T. E., Soares, M. C., dos Reis, S. P., & Heck, R. M. (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enfermagem*, 14(3): 484-490. ISSN Eletrônico: 2176-9133.

Lundgren I. (2002). *Releasing and relieving encounters. Experiences of Pregnancy and Childbirth*. (Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy). Faculty of Medicine, Uppsala University. Uppsala, Sweden.

McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T. & Morris, P. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence- Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9(2), 303-397. Doi. 10.1002/ebch.1971. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1971/full>

Marques, T. (2016). *Aceitação e Vivência da Gravidez no Casal*. In *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa:Lidel. 70-72.

Mafetoni, R. R., & Shimo, A. K. K. (2016). The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24. doi: 10.1590/1518-8345.0739.2738. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100367&lng=en&tlng=en.

Mathias, R. S., & Carvalho, J. C. A. (2001). Analgesia e anestesia em Obstetrícia. In Ortenzil A.V, Tardelli. *Anestesiologia SAESP*. Rio de Janeiro: Atheneu. 462-510.

Meleis, A.I. (2007) *Theoretical Nursing: development and Progress*. 4th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.

Mendes, M. L. (Ed.). (1991). *Curso de obstetrícia*. Lisboa: Edições Almedina.

Monk, C., Fifer, W. P., Myers, M.M., Sloan, R. P., Trien, L., & Hurtado, A. (2000). *Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: Effects on fetal heart rate*. *Developmental Psychobiology*, 1(36): 67-77.

Montes-Berges B. & Aranda López, M. (2012). *Comunicación y relajación. Aprendiendo habilidades interpersonales y de autoconocimiento*. 2ª edición: Universidad de Jaén.

Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative Research Methods for Health Professionals*. 2ª ed, Thousand Oaks: SAGE Publications.

Namazi, M., Amir Ali Akbari, S., Mojab, F., Talebi, A., Alavi Majd, H., & Jannesari, S. (2014). Aromatherapy with citrus aurantium oil and anxiety during the first stage of labor. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16 (6), e18371. Doi: 10.5812/ircmj.18371.

Nascimento, K. C. D., & Erdmann, A. L. (2006). *Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica*. *Revista Enfermagem. UERJ*, 14(3): 333-341.

Neuman B and Fawcett J (2002). *The Neuman systems model*. 4th edition: Upper Saddle River, NJ.: Prentice Hall. ISBN 0130278564.

NICE Clinical Guidelines (2007). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. London (55). ISBN-13: 978-1-904752-36-3.

Odent M. (1998) *Active versus expectant management of third stage of labour*. *The Lancet*; 351:1659. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77715](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77715).

Ordem dos Enfermeiros. (2000) – *Rede de cuidados de saúde primários: modelos de gestão dos centros de saúde*. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. 12:11-4.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 127/2011 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República n.º 35 - 2.ª série, 8662-8666. Lisboa.

Organização Mundial da Saúde. (1996). *Maternidade Segura: assistência ao parto normal: um guia prático*. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde (2018): *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; (WHO/RHR/18.04). Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-155021-5.

Orjuela S JM. (2011). Efecto ansiolítico de la musicoterapia: aspectos neurobiológicos y cognitivos del procesamiento musical. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. J,4(4):748-759. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60162-1](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60162-1).

Ortiz-Gómez, J. R., Palacio-Abizanda, F. J., & Fonet-Ruiz, I. (2014). *Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural*. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 37 (3): 411-427. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Pereira, M. A. (2004) – *Aleitamento materno. Estabelecimento e prolongamento da amamentação. Intervenções para o seu sucesso*. (Tese de doutoramento). Porto: Universidade do Porto, ICBAS.

Pereira, A. L. & Bachion, M. M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*: Porto Alegre. 27 (4):491-497. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548>.

Piotrowski, K. (2000). Nursing care during labor. *Lowdermilk, DL et al. Maternity & Women's health care*, 17, 510-580.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital registo da intensidade da dor: Circular normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. (2006). *Promoção da saúde mental*

na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude-pdf.aspx>.

Portugal. (Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2008). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Preparação para o parto pelo método psicoprofilático*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: http://www.mcsp.minsaude.pt/lmgs/content/page_46/Trabalhos%20Adicionais/Preparacao_Partido_Metodo_Psicoprofilatico.xls.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.

Preis, H., Gozlan, M., Dan, U., & Benyamini, Y. (2018). A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery*, 63: 46-51. Doi: 10.1016/j.midw.2018.05.002.

Raile A. M. & Tomey, A.M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª edición. Madrid: Elsevier Science.

Reyes, H. U., Carbajal Rodríguez, L., Reyes Gómez, U., Ortiz Martínez, M., Javier Hernández, L., Toledo Ramírez, M. I., & García Galaviz, J. L. (2006) *Música de Mozart y su Efecto Anti estrés en la Etapa Prenatal*. *Bol Clin Hosp Infant E do Son*. 23(2): 86-92

Rolloff, M. (2010). *A constructivist model for teaching evidence-based practice*. *Nursing Education Perspectives*, 31(5): 290-293.

Ronconi, A., Perdichizzi, F., Pires, O., Constantino, E., Lopes, V. & Posso, I. (2010). Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. *Revista Dor*, São Paulo, 11 (4): 277-281.

Sanchez, V.; Noguera, M.; Cecilia, E.; Sánchez, F.; Artacho, M. (2007). *El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria*. *Nure Investigation*, 28. Espanha.

Santos, M. Ú. R. C. D. (2007). *Preparação para o parto: promoção do bem-estar da parturiente através da preparação para o parto*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade do Algarve. Faro.

Santos, F. G. (2010). *Educação em Saúde: o papel do enfermeiro como educador*. Projeto de pesquisa apresentado ao curso de pós-graduação Lato de Enfermagem. Franca. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/educacao-em-saude-o-papel-do-enfermeiro-educador/44521>

Selye, H. (1946). *The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation*. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6 (2): 117-230. Doi: 10.1210/jcem-6-2-117.

Silva, A. C. S. (2010). *Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Silva, E. F., Strapasson, M. R. & Fischer, A. C. S. (2011) Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 1 (2):261-271. ISSN 2179-7692. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/217976922526>.

Silva, D. A. O., Ramos, M. G., Jordão, V. R. V., Silva, R. A. R., Carvalho, J. B. L., & Costa, M. M. N. (2013). *Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa*. *Revista Enfermagem UFPE*. Recife, 7(esp): 4161-4170. ISSN 1981-8963. Doi 10.5205/revol.4134-32743-1. SM- 1.0705 esp 201309.

- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. London: Wiley-Blackwell. ISBN-13: 978-1444337716.
- Sjöström K, Valentin L, Thelin T, Marsál K. (2002). Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. *Early Human Development*, 67(1-2):87–100.
- Sinusas, K.; Gagliardi, A. (2001) – Initial management of breastfeeding. *American Family Physician*. 6(64):981-988.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal*. Espanha.
- Smith, C. A., Collins, C. T., & Crowther, C. A. (2011). *Aromatherapy for pain management in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). DoiOI: 10.1002/14651858.CD009215.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2018). *Relaxation techniques for pain management in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12):CD009514. Doi: 10.1002/14651858.CD009514.
- Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Burgin D, Bitzer J. (2003). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 115 (1):43–50. DoiOI: 10.1016/j.ejogrb.2003.12.015.
- Stark, M.; Remyse, M.; Zwelling, E. (2016) Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 45 (2): 285-294. DoiOI: 10.1016/j.jogn.2015.12.008.
- Steer R, Scholl T, Hediger M, Fischer R. (1992) Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *Journal Clinic Epidemiology*. 45(10): 1093-1099.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3): 161-166.
- Swanson, K. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal Nursing Scholarship*, 25 (4): 352-357.
- Teixeira, M. (2002). *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. (2018). *Missão, Atribuições e Legislação*. Disponível em <http://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/>.
- Valipour NS, Kheirkhah M, Neisani L, Haghani H. (2012) Comparison of the effects of aromatherapy with essential oils of damaskrose and hot footbath on the first stage of labor anxiety in Nulliparous women. *Complementary Medicine Journal*. Faculty Nursing & Midwife. 2(2):126-134.
- Vilarino JF, Sabatino H. (2000). *Avaliação Obstétrica de Partos em Posição de Cócoras*. In: Sabatino et al. Parto Humanizado. Campinas: Ed. Unicamp.
- Waffarn F., Davis E.P. (2012). Effects of antenatal corticosteroids on the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis of the fetus and newborn: experimental findings and clinical considerations. *American Journal Obstetrics Gynecologic*. 207(6):446–454. Doi: 10.1016/j.ajog.2012.06.012.
- Watson J. Nursing (1985). *The Philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*.

Loures: Lusociência.

-

Wendt, Naiane Carvalho - Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.



Wong, K. W., Ravindran, K., Thomas, J. M., & Andrews, V. (2014). Mediolateral episiotomy: are trained midwives and doctors approaching it from a different angle?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 174: 46-50. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.12.002.

Yazdkhasti M, Pirak A. (2016). The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complementary Therapies in Clinical Practices*. 25:81–6. DOoil: 10.1016/j.ctcp.2016.08.008.

Zahra A, Leila MS. (2013) Lavender aromatherapy massages in reducing labor pain and duration of labor: a randomized controlled trial. *African Journal Pharmacy and Pharmacology*. 7(8):426–430. DoiOI: 10.5897/AJPP12.391.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da ULSAM

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 06/2018 -CES	
		Pág. 1 de 1

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 171- 12-12-2017	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Musicologia e aromaterapia para o alívio da dor em trabalho de parto.	Em nome do(s) investigador(es): Lígia Perdigão, enfermeira em estágio de natureza profissional, integrado no II Curso de Mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia na E.S.S. do I.P. de Viana do Castelo

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para um projeto de investigação de caráter observacional, a desenvolver no Serviço de Obstetrícia da U.L.S.A.M., destinado a avaliar os benefícios da musicologia e da aromaterapia para as parturientes, ao nível da dor, no decurso do trabalho de parto.

2. Fundamentação

O relaxamento, durante o parto, contribui para o aumento do bem-estar físico e emocional da grávida.

Pretende-se intervir junto da parturiente para, durante o trabalho de parto, tal ocorrer em ambiente de música e aromas à sua escolha, com vista a se avaliar da sua influência no alívio da dor.

Assim, tem-se por objetivo compreender os contributos da musicoterapia e da aromaterapia para a mulher em trabalho de parto, com recurso a entrevista, na sequência daquele processo, tendo em consideração que apenas pelo conhecimento da sua opinião será possível adotar os métodos de assistência e garantir um trabalho de parto seguro e confortável.

3. Conclusão/parecer

Mostram-se cumpridos os condicionalismos legalmente exigidos e constantes da "lista de verificação de documentos", nomeadamente quanto ao consentimento informado e à declaração de autorização da Diretora do Serviço onde o estudo vai ser realizado.

Deste modo, o projeto está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de um parecer favorável à sua realização.

Nota: Referências bibliográficas:

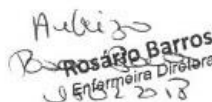
Foi apresentada alguma bibliografia.

Relator(es)	João Vaz
Ratificado em reunião do dia	14-02- 2018
Enviado parecer: ___ / ___ / ___	

14/02/2018 O Presidente da CES



Mod. Q756.0 Nov/2014


 Rosário Barros
 Enfermeira Diretora
 14/02/2018



APÊNDICE I - Pedido de autorização ao conselho científico/ética da ULSAM

Eu, Lígia Karina de Castro Perdigão, enfermeira a exercer funções no serviço de pneumologia no Hospital Álvaro Cunheiro de Vigo, e a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência Conselho de Administração e Conselho Científico e de ética da ULSAM/Hospital de Santa Luzia a permissão para desenvolver um estudo de carácter investigativo na área dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e relaxamento em trabalho de parto, no serviço de obstetrícia. Este estudo insere-se na formação curricular da tese de mestrado do referido curso que frequento na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

A parturiente sem dor terá uma experiência de parto mais tranquila e como tal, uma atenção mais voltada para as necessidades específicas de alívio da dor da parturiente pode ajudá-la a ter um trabalho de parto e um parto mais satisfatórios. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, deverá saber gerir com a mulher tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas ou a associação de ambas. Deve ainda saber informar a Mulher sobre as vantagens, desvantagens e procedimentos para cada opção, desta forma considera-se pertinente o estudo.

Os objetivos pretendidos com o estudo são:

- Compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso da musicoterapia e aromaterapia em trabalho de parto.
- Identificar os contributos para a parturiente do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o trabalho de parto.

Desta forma, a presente investigação tem como principal intuito compreender os contributos da musicoterapia e aromaterapia para o alívio da dor e o relaxamento da mulher em TP.

Solicito a Vossa Excelência a autorização para colheita de dados no período entre Outubro e Dezembro de 2017 e Janeiro de ano 2018, no serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Luzia. Os resultados ficarão disponíveis para consulta de Vossa Excelência, caso considere de relevância pertinente para o desenvolvimento da instituição. Mais informo que a Professora Augusta Delgado são os responsáveis pela orientação do trabalho de investigação em curso, estando disponíveis também para qualquer orientação adjuvante do desenvolvimento da investigação.

O meu muito obrigado pela disponibilidade e atenção e espero uma resposta breve. Contactos: correio eletrónico: karinadcp@hotmail.com nº telefone: +34 626 535 626

APÊNDICE II - Consentimento informado

Consentimento informado

Eu, _____(nome) concordo em participar no estudo que tem como objetivos:

- Compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso da musicoterapia e aromaterapia em trabalho de parto.
- Identificar os contributos para a parturiente do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o trabalho de parto.

O objetivo principal é compreender os contributos da musicoterapia e aromaterapia em Trabalho de Parto.

Participarei no projeto de investigação, e aceito responder às questões colocadas pelo investigador, ate 48h após o parto no serviço de Obstetrícia da ULSAM.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo.

Aceito que as minhas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipe de investigação para fins académicos;

Compreendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;

Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;

Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipe de investigação e será destruído no fim do estudo.

Assinatura do participante.....

Assinatura do investigador.....

Data:/...../.....

APÊNDICE III - Informação para o participante do estudo

Caro Participante:

O meu nome é Lúgia Karina e sou enfermeira a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – IPVC.

Venho solicitar a sua participação no meu estudo de Investigação na sequência de Estágio de Natureza Profissional de Mestrado que me irá conferir o grau de mestre.

O estudo que pretendo realizar tem como título “Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: uma intervenção do enfermeiro especialista.” e tem como objetivo principal compreender os contributos da musicoterapia e aromaterapia para o alívio da dor da mulher em TP.

Para conseguir alcançar o meu objetivo necessito da sua colaboração, durante pelo menos 4 horas durante o trabalho de parto, e até 48 horas após o parto.

O método será a utilização de técnicas não farmacológicas de relaxamento e para alívio da dor: musicoterapia e aromaterapia;

O seu contributo será importante para o desenvolvimento destas questões do relaxamento e alívio da dor durante o trabalho de parto, bem como para a atuação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, de forma a poderem colaborar e facilitar todo o referido processo.

Solicitarei o seu consentimento onde existe um acordo recíproco em que ambos concordamos que:

Participará na intervenção, e aceita responder às questões colocadas pelo investigador.

Compreende que tem o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;

Aceita que as suas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela investigadora para fins académicos;

Compreende que o seu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;

Compreende que é livre de desistir do estudo a qualquer momento;

Desde já o meu muito Obrigado pela sua importantíssima participação, Enfermeira Lúgia Karina de Castro Perdigão, nº de contacto +34 626535623.

APÊNDICE IV - Guião da entrevista

Caracterização sócio-demográfica e obstétrica:

- * A idade;
- * Formação académica;
- * Atividade laboral;
- * Acompanhante (marido, mãe...)

Quanto à caracterização obstétrica:

- * Gravidez vigiada, (com um número de consultas ≥ 6);
- * Preparação para o parto.

Objetivos	Questões
Compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres que experienciaram o recurso da musicoterapia e aromaterapia em trabalho de parto.	Quer falar ou descrever sobre a sua experiência de TP com a utilização da musicoterapia e aromaterapia. O que foi mais recorde do TP? Teve algum momento que pensou ou teve vontade de desistir da música e/ou da aromaterapia? Se sim porquê? se não porquê?
Identificar os contributos do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o trabalho de parto	Na sua opinião de que forma a utilização da musicoterapia e aromaterapia contribuiu para o seu trabalho de parto? Acha que o trabalho de parto seria diferente se não tivesse a experiência com este método? Repetiria a experiência com a musicoterapia e a aromaterapia?

APÊNDICE V – Matriz de redução de dados

Matriz de redução de enunciados

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de análise
Experiência de TP com o recurso da musicoterapia e aromaterapia	Satisfação com os cuidados prestados		<p>“Senti-me muito bem atendida. Toda a equipe foi muito boa comigo.” (E1)</p> <p>“Foi incrível, senti-me protegida, acompanhada e ouvida em todos os momentos, eles trataram-me com respeito, dignidade e até mesmo amor, meu filho foi recebido cantando e rindo e com palavras tranquilizadoras. O meu marido foi autorizado a ver tudo o que ele queria...” (E3)</p> <p>“A parteira pareceu-me uma grande profissional, indicou os passos a seguir e quando puxar.” (E4)</p> <p>“...tive grande confiança e cumplicidade com a minha parteira.” (E6)</p> <p>“A parteira sugeriu uma posição na qual poderia estar mais confortável para puxar: com as costas apoiadas em um lado da cama e os pés no lado oposto. Eu tentei e gostei.” “Eu tive muita sorte porque trataram-me muito bem, eu estava muito assustada e nervosa, mas a verdade senti-me protegida por todos.” (E7)</p> <p>“Todo mundo incentivou-me... Ela (a parteira) guiou-me com as respirações.” (E9)</p>
	Satisfação com o TP		<p>“É uma experiência única e maravilhosa.” (E1)</p> <p>“Eu vivi o momento mais especial da minha vida.” (E3)</p> <p>“Muito bom parto! O parto foi o melhor de toda a gravidez. Eu ri, dormi, chorei, conversei com meu marido...” (E6)</p> <p>“A minha experiência foi maravilhosa” (E7)</p> <p>“Foi a melhor coisa da minha vida, voltaria a repetir sem problema”; “Foi muito emocionante, eu estava ansiosa para ver minha filhinha eu sabia que ela estava nas melhores mãos”. (E9)</p>
	Superadas as expectativas negativas sobre o TP		<p>“Achei que o parto seria muito mais doloroso e com mais horas de espera” (E1)</p> <p>“Foi mais rápido do que o esperado” “ (...) a única coisa que me incomoda é para levantar, tirando isso foi muito tranquilo.” (E2)</p> <p>“As contrações doem, mas são suportáveis "... achei que ia doer mais ..." (E3).</p> <p>"Eu estava com muito medo de perder o controlo da situação por causa da dor das contrações, mas graças a todas as informações que eu tinha, eu controlei... Muito intenso, muito doloroso às vezes, mas é isso, doloroso. Em nenhum momento houve sofrimento (...)" (E6)</p>
	Não cumpridas as expectativas sobre o TP		<p>“Sonhava com um parto idílico, natural, sem epidural, pele com pele... Com a dor esqueci tudo o que sonhei para o meu parto. (...) A sensação de ser uma mãe má por não ter conseguido dar à luz sem uma epidural acompanhou-me em todos os momentos, juntamente com a preocupação de saber se tudo ficaria bem...” (E5)</p>

Contributos do recurso da musicoterapia e aromaterapia durante o TP	Favorecedor da progressão do Trabalho de Parto		<p>"O parto foi longo de mais [Esperava menos horas]" (E8).</p> <p>"Foi tal concentração que tive na música e na respiração (...). Eu acho que a música acelerou o processo". (E2)</p> <p>"A massagem com aromaterapia aumentou e relaxou nas pausas, facilitou as contrações e, na minha opinião, encurtou os tempos." (E3)</p>
	Controlo da dor	Musicoterapia	<p>"Foi tal concentração que tive na música e na respiração durante a dilatação que a consegui fazer perfeitamente sem nenhum tipo de anestesia". (E2)</p> <p>"A música das suas sessões ficou no ambiente e ajudou-me a concentrar e não pensar na dor." (E3)</p> <p>"Apoiada pela música que você preparou (...) a dor foi mais suportável". (E4)</p> <p>"A música serviu como ponto focal de distração da dor". (E6)</p> <p>"Entre as contrações eu também cantei, aliviava-me [a dor] ao pensar que meu bebê estava ouvindo-me." (E9)</p>
		Aromaterapia	<p>"A massagem com aromaterapia e relaxou nas pausas, facilitou na dor das contrações...". (E3)</p> <p>"[aromaterapia] auxiliou no alívio das contrações." (E6)</p>
	Conforto relaxamento e	Musicoterapia	<p>"Eu guardo um carinho muito especial com cada uma das músicas, especialmente a música de relaxamento." (E1)</p> <p>"A música ficou no ambiente e ajudou-me a concentrar e relaxar" (E3)</p> <p>"Apoiada pela música que você preparou, os ritmos transportaram-me para um estado de relaxamento e até mesmo um transe." (E4)</p> <p>"Entre as contrações praticamente caí no sono, nunca estive tão relaxada como naqueles minutos que a natureza sabiamente [música] nos concede. Eu acho que tinha maravilhosas endorfinas com as quais meu corpo me recompensou." (E7)</p> <p>"A música ajudava a relaxar." (E9)</p>
		Aromaterapia	<p>" (...) e a massagem aumentou a sensação de bem-estar e os sentimentos positivos." (E1)</p> <p>"A massagem com aromaterapia aumentou o relaxamento nos descansos [das contrações]." (E3)</p> <p>"A massagem promoveu o relaxamento..." (E6)</p>
	Redução do medo e ansiedade	Musicoterapia	<p>"Eu adorei a música e embora pareça estranho, eu diverti-me muito. Eu sei que houve alguns momentos de dor, mas eu estava sempre calma." (E2)</p> <p>"Diminuiu o medo e a ansiedade." (E7)</p> <p>"A música também levantou meu ânimo e reduziu minha ansiedade." (E9)</p>

		Aromaterapia	<p>“ A massagem fez maravilhas para me acalmar antes da parte difícil do parto.” (E2)</p> <p>“ (...) também reduziu a minha ansiedade.” (E3)</p> <p>“ (...) também ajudou a aliviar o medo e a ansiedade [aromaterapia], relaxou-me entre as contrações.” (E4)</p>
--	--	--------------	--