



Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto*

Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor

Evaluación de la efectividad de métodos no farmacológicos en el alivio del dolor del parto

Samara Maria Borges Osório¹, Lourival Gomes da Silva Júnior¹, Ana Izabel Oliveira Nicolau²

Revisão Sistemática que objetivou avaliar a efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto. A busca de publicações ocorreu na BDNF, Pubmed, LILACS e Cochrane Library, com seleção de 2007 a 2012. Foram analisados sete estudos que avaliaram os métodos não farmacológicos e atenderam aos critérios de elegibilidade. Evidenciou-se que a massagem, a aromaterapia, o banho de imersão, a acupuntura e a acupressão são eficazes métodos para aliviar a dor no trabalho de parto, pois além de diminuírem a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e de estresse. Dentre eles o que se mostrou mais eficaz foi a massagem, principalmente quando aplicada na primeira fase do trabalho de parto. Além disso, as intervenções não interferem no tipo e na duração do trabalho de parto, mostrando-se seguras à prática clínica.

Descritores: Dor do Parto; Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto.

This is a systematic review that aimed to evaluate the effectiveness of non-pharmacological methods for pain relief during labor. The articles' selection was based on BDNF, PubMed, LILACS and Cochrane Library, published between 2007 and 2012. One analyzed seven studies that assessed the non-pharmacological methods and met the eligibility criteria. It was evident that massage, aromatherapy, immersion bath, acupuncture and acupressure are effective methods to relieve pain during labor, because besides reducing pain perception, they still lower levels of anxiety and stress. Among them, the most efficient one was the massage, mainly when done in the first stage of labor. Furthermore, the interventions don't interfere in the kind and duration of labor, being safe to clinical practice.

Descriptors: Labor Pain; Obstetrical Nursing; Labor; Obstetric.

Revisión sistemática con objetivo de evaluar la efectividad de métodos no farmacológicos en el alivio del dolor en el trabajo de parto. La búsqueda de las publicaciones ocurrió en BDNF, Pubmed, LILACS e Cochrane Library, con selección de 2007 a 2012. Se analizaron siete estudios que evaluaron los métodos no farmacológicos y que cumplieron los criterios de elegibilidad. El masaje, la aromaterapia, el baño de inmersión, la acupuntura y la acupresión son métodos eficaces para aliviar el dolor en el trabajo de parto, ya que además de reducir la percepción del dolor, aún reducen los niveles de ansiedad y estrés. Entre éstos lo de mayor eficacia fue el masaje, principalmente cuando aplicada en la primera etapa del trabajo de parto. Además, las intervenciones no interfieren en el tipo y en la duración del trabajo de parto, señalándose seguras a la práctica clínica.

Descriptorios: Dolor de Parto; Enfermería Obstétrica; Trabajo de Parto.

*Extraído da monografia em Enfermagem intitulada "Avaliação da efetividade dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto", Universidade Federal do Piauí, 2012.

¹Universidade Federal do Piauí. Picos, PI, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Ana Izabel Oliveira Nicolau

Av. João Pessoa, 5053. Apto: 604. CEP: 60425813. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: anabelpet@yahoo.com.br

Introdução

O parto representa a etapa final da concepção onde o ser gerado iniciará uma vida independente do organismo materno. Promover o conforto e a satisfação da mulher neste momento está entre as tarefas mais importantes das provedoras de cuidado que devem valorizar o parto fisiológico e o uso adequado de tecnologias, priorizando assistência humanizada, que respeite sua individualidade e autonomia.

Nos séculos passados, a parturiente era acompanhada por mulheres experientes, mais comumente chamadas de parteiras, sendo a residência da mesma o cenário do atendimento. Para aliviar a dor das contrações, as cuidadoras faziam orações, preparavam receitas fitoterápicas e equipavam-se com talismãs⁽¹⁾.

Com a institucionalização do processo de parturição e nascimento, a mulher perde o seu lugar de protagonista do parto e passa a representar um objeto deste processo, refletindo o poder que os profissionais de saúde exercem na transformação de eventos fisiológicos em método tecnicista, intervencionista e patológico.

A assistência a essas mulheres durante o trabalho de parto, na maioria das vezes, envolve suporte emocional, contato físico com a finalidade de dividir o medo, dor, stress e ansiedade, somando forças e estimulando positivamente a parturiente nesse momento ímpar, pois a dor de parto e a duração do trabalho de parto sofrem influências pessoais. Para tanto, o processo de humanização do trabalho de parto requer, além do acompanhamento pelo parceiro, familiares ou amigas, as intervenções não farmacológicas associadas às informações recebidas pelas parturientes no seu preparo para o parto⁽²⁻³⁾.

Ademais, neste processo natural, devem ser oferecidos cuidados voltados para o equilíbrio dos fatores ambientais, visando proporcionar à mulher conservação de sua energia para o enfrentamento da dor e a associação desta com acontecimentos agradáveis à passagem do trabalho de parto de forma menos

agressiva e dolorosa. Assim, as intervenções não farmacológicas são opções a substituírem, na medida do possível, os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto⁽⁴⁾.

É essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Além disso, a dor pode ser aliviada utilizando-se apenas essas tecnologias de cuidado, retomando o significado fisiológico que o parto deve representar para a mãe e para o recém-nascido.

A implantação destes métodos pela Enfermagem é fundamental para sua autonomia profissional e resgate das suas bases científicas. Assim, frente ao exposto, indaga-se: Os métodos não farmacológicos são eficazes para o alívio da dor durante o trabalho de parto? É com a finalidade de responder a esta questão que se realizou essa revisão sistemática.

Partindo-se desta premissa, objetivou-se avaliar a efetividade de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, verificando se os mesmos interferem na intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto.

Método

Trata-se de uma Revisão Sistemática (RS), pois reúne, de forma organizada, grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas sobre a efetividade de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto e auxilia na explicação de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam essa mesma questão⁽⁵⁾.

A busca dos estudos ocorreu no período de março de 2012, na Base de Dados em Enfermagem (BDENF), na *National Library of Medicine* (Pubmed), no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Cochrane Library* restringindo-se as publicações de 2007 a 2012. Na pesquisa utilizaram-se os descritores controlados do DECS e Mesh, na língua portuguesa e inglesa: banho terapêutico (*therapeutic bath*), massagem (*mas-*

sage), audioanalgesia (*audioanalgesia*), aromoterapia (*aromatherapy*), mudanças de posição (*changes of position*), técnicas de respiração (*breathing techniques*), métodos não farmacológicos (*non pharmacological methods*), dor no parto (*pain in labor*), enfermagem (*nursing*), trabalho de parto (*labor*) e parto humanizado (*humanized child birth*).

A seleção das produções fundamentou-se nos seguintes critérios de inclusão: ser um Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC) ou uma Revisão Sistemática, disponível eletronicamente na íntegra e estar escrito nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Encontrados os estudos possivelmente integrantes desta revisão sistemática, mediante a busca descrita outrora, cada resumo foi avaliado como etapa inicial de seleção. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram obtidos e analisados na íntegra. Enfatiza-se que, dois pesquisadores avaliaram todos os resumos de forma independente para que houvesse a confirmação dos potenciais estudos a serem incluídos. A versão final dos trabalhos considerados qualificados foi compartilhada entre os pesquisadores para a análise crítica por consenso.

Após a escolha dos estudos foram coletados os dados conforme a adaptação de um instrumento validado, que congrega os componentes a seguir: identificação do artigo, instituição sede do estudo, tipo de revista científica, características metodológicas do estudo e avaliação do rigor metodológico⁽⁶⁾. Além disso, uma pontuação foi atribuída para cada estudo a fim de fornecer uma medida de qualidade metodológica.

A análise das produções incluídas ocorreu nos meses de abril e maio de 2012. Os estudos foram separados de acordo com as seguintes categorias temáticas: aspectos estruturais das produções, aspectos metodológicos das produções e evidências encontradas quanto ao uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto.

Posteriormente foram elaboradas tabelas no programa *Microsoft Office Excel 2007*, com dados absolutos, a fim de facilitar a visualização, interpretação

e análise dos dados. Os mesmos foram analisados de acordo com a literatura pertinente.

Resultados

Características estruturais dos estudos selecionados

Foram analisados 22 estudos que avaliaram os métodos não farmacológicos como intervenção terapêutica. Destes, sete atenderam aos critérios de elegibilidade.

O perfil do tipo de produção apontou que, dos sete, quatro eram artigos científicos. A Medicina se destacou como a área com maior número de publicações selecionadas, uma vez que dos vinte e oito autores, vinte e um eram médicos. Os enfermeiros tiveram autoria em uma das publicações.

Com relação ao país de origem da publicação, o Brasil (2) se iguala à Inglaterra (2) no número de produções. Este número de países é pequeno comparado ao Irã (1), Itália (1), Áustria (1), responsáveis por três estudos. Além disso, seis estudos estavam na língua inglesa e um em português.

Apesar de ser alvo de estudos desde a década de 60, a eficácia dos métodos não farmacológicos continua a ser questionada. Os anos de 2010 até 2012 foram responsáveis por quatro das produções, sendo dois em 2010 e dois após este ano.

Dos sete estudos selecionados, dois eram ECRC, ambos com pontuação de Jadad igual a 3. Isto revela um rigor metodológico de qualidade, uma vez que esta escala tem 5 como pontuação máxima e considera as pontuações menores que três de má qualidade. Os demais estudos (cinco) eram revisões sistemáticas. A escala de Jadad é um indicador confiável da qualidade de estudos e é baseado em um relatório sobre cada ensaio nos aspectos de randomização, cegamento, bem como retiradas e desistências de participantes do estudo⁽⁷⁾. Já a Revisão Sistemática é reconhecida como o maior nível de evidência dentre os tipos de publicações.

Características metodológicas dos estudos selecionados

Os Métodos Não Farmacológicos (MNFs) mais avaliados nos estudos foram massagem e aromaterapia, ambos estudados em quatro, seguidos do banho de imersão e musicoterapia, em três. Além destes, a hipnose, acupuntura, acupressão e a estimulação elétrica transcutânea foram exploradas em dois estudos. Vale ressaltar que um mesmo estudo avaliava vários métodos não farmacológicos.

Uma descrição das características dos sujeitos da pesquisa revelou que, as múltiparas foram incluídas em quatro estudos, sendo dois com múltiparas e nulíparas e dois com múltiparas e primíparas. Três estudos incluíram apenas primíparas como sujeitos da pesquisa.

Alguns estudiosos abrangeram todas as mulheres em trabalho de parto, inclusive partos de alto risco⁽⁸⁾. Outros pesquisadores incluíram mulheres com gestação única e de baixo risco. Além disso, alguns autores consideraram mulheres em trabalho de parto espontâneo ou induzido, gravidez única ou múltipla, idade gestacional maior que 36 semanas completas, feto em apresentação cefálica, partos na primeira e segunda fase de trabalho e partos pré-termos⁽⁹⁾.

O método mais empregado para a mensuração da dor foi a Escala Analógica Visual (EVA), citada em três estudos. Dois empregaram o questionário McGill e dois utilizaram ambos os métodos.

Efeitos dos métodos não farmacológicos avaliados

As evidências encontradas quanto ao uso de MNFs para o alívio da dor no trabalho de parto foram expressas conforme cada método.

Massagem

Quatro estudos avaliaram a eficácia da massagem, sendo três RS e um ECRC. As principais variáveis avaliadas foram intensidade da dor, tipo de parto,

admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, duração do trabalho de parto, satisfação com o alívio da dor, reação comportamental, nível de estresse, nível de ansiedade, necessidade de analgesia e comparação com a musicoterapia.

Quatro estudos avaliaram a intensidade da dor. Durante a primeira fase do trabalho de parto a dor foi reduzida no grupo massagem (quatro ensaios, 225 mulheres)⁽⁸⁾. Achados de outra investigação mostram que houve uma redução significativa da dor na percepção das mulheres do grupo de massagem em comparação com o grupo controle (GC) durante as três fases de trabalho (primeira fase: 0,57, IC95%: 0,84-0,29; $p < 0,001$; fase dois: 0,43, IC95%: 0,71-0,16; $p < 0,01$; fase três: 0,7, IC95%: 1,04-0,36; $p < 0,01$)⁽¹⁰⁾.

Nos 15 ECRCs de um dos estudos, as parturientes do grupo experimental (GE) tiveram redução da dor, sendo que em dois estudos a redução foi estatisticamente significativa na fase latente do trabalho de parto. Em um deles, os scores de reações de dor do GE foram significativamente menores nas fases latente, ativa e de transição do trabalho de parto ($p = 0,000$, $p = 0,002$, $p = 0,000$). No outro, o GE apresentou expressões faciais positivas ($p < 0,05$) maiores e movimentação corporal menor ($p < 0,001$) frente à dor na fase latente⁽⁹⁾.

Um estudo avaliou o tipo de parto e admissão na UTI neonatal, não evidenciando diferença significativa no número de partos vaginais (dois estudos, 105 mulheres), cesarianas (dois ensaios, 105 mulheres) e admissão à unidade especial de cuidado do bebê (experimento I, 44 mulheres) em ensaios comparando massagem com cuidado padrão⁽⁸⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Nos resultados encontrados em outro estudo, não houve diferença na duração do trabalho de parto (WMD 1.35, IC95%: 0,98-3,68)⁽¹⁰⁾. Na avaliação de três ECRCs, dois chegaram a este mesmo resultado e um encontrou uma redução no tempo de trabalho de parto no GE ($p < 0,001$)⁽⁹⁾.

Os resultados maternos referentes ao manejo e

evolução do trabalho foram avaliados em três ECRCs, sendo que em dois deles não foram encontradas diferenças em nenhuma das variáveis avaliadas (duração do trabalho de parto, analgesia peridural, taxa de cesariana, uso de fórcepe, tempo de trabalho de parto e uso de fármacos).

A variável satisfação com o alívio da dor foi avaliada em dois estudos. No primeiro não houve diferença na satisfação com a experiência de parto em geral (ADM-0,47, CI 95%: 1,07-0,13)⁽¹⁰⁾. No segundo caso, autores analisaram esta variável em dois estudos. Em um não houve redução significativa da dor, no entanto, as parturientes do GE (massagem) e placebo (musicoterapia) apresentaram percepção mais positiva do trabalho de parto e maior senso de controle. No outro, os resultados sobre a satisfação com o nascimento foram similares entre os grupos ($p < 0,001$)⁽⁹⁾.

As reações comportamentais resultantes da dor, o nível de estresse e de ansiedade foi avaliado em um estudo⁽⁹⁾. Dos dois estudos que analisaram as reações comportamentais, em um os escores de reações de dor do GE foram significativamente menores nas fases latente, ativa e de transição do trabalho de parto ($p = 0,000$, $p = 0,002$ e $p = 0,000$). No outro, o GE apresentou expressões faciais positivas ($p < 0,05$) maiores e movimentação corporal menor ($p < 0,001$) frente à dor na fase latente.

O ECRC que avaliou o nível de estresse durante o trabalho de parto, evidenciando menor índice no GE ($p < 0,001$). O nível de ansiedade foi avaliado em dois estudos, sendo que em um, as parturientes que receberam a intervenção tiveram uma redução da ansiedade somente na fase latente do trabalho de parto e no outro, uma redução em todas as fases.

Durante avaliação da necessidade de analgesia e comparação com a musicoterapia, mães no grupo de terapia de massagem tiveram o menor nível de dor, em comparação com as do grupo musicoterapia ($p = 0,009$). A diferença mais significativa entre os dois grupos, antes e após intervenções, foi observada na fase agonizante (dor mais grave), com uma diferença principal de 36,3 pontos (CI95%: 13,6-41,4, $p = 0,001$).

Além disso, houve uma diferença significativa entre os dois grupos em termos de intensidade da dor após as intervenções⁽¹¹⁾.

Aromaterapia

A eficácia da aromaterapia foi avaliada por quatro estudos distribuídos da seguinte forma: um ECRC e três RS. As variáveis analisadas foram tipo de parto, eventos intraparto, tempo de trabalho de parto, índice de Apgar, admissão na UTI neonatal, percepção da dor e uso de analgésicos.

O ECRC de um dos estudos analisados, contou com a participação de 513 parturientes elegíveis (GE: 251 e GC: 262). Ao empregar a intervenção, as pacientes poderiam escolher um dentre cinco tipos de óleos essenciais disponíveis: camomila romana (*Chamaemelum nobile*), clary sálvia (*Salvia sclarea*), incenso (*Boswellia carteri*), lavanda (*Lavandula angustifolium*) e tangerina (*Citrus reticulata*). Cada óleo usado no estudo tinha um certificado de análise e cromatografia de gás antes de usar, para assegurar que era livre de contaminantes. Amêndoa doce (*Prunus amygdalus*) foi fornecida para a massagem⁽¹²⁾.

Conforme os tipos de parto, não houve diferença entre o grupo aromaterapia e de controle, e cada um tinha a mesma proporção de parto vaginal (89%)⁽¹²⁾. Assim como outro resultado em que não encontraram benefício da intervenção terapêutica em relação a ocorrência de parto vaginal espontânea (RR 0,93, 95% IC 0,67 a 1,28), parto instrumental vaginal (RR 0,83, 95% CI 0,06-11,70), ou uma cesariana (RR 2,54, IC 95% 0,11-56,25)⁽¹⁰⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Não houve diferença nos resultados maternos referentes à cesárea (RR=0,99, IC95%: 0,70-1,41); parto a vácuo (RR=1,5, 95% CI: 0,31-7,62) e parto espontâneo vaginal (RR=0,99, 95% CI: 0,75-1,3)⁽⁹⁾. Não se evidenciou diferença significativa entre os grupos (aromaterapia contratratamento padrão) nos partos vaginais assistidos, ou cesarianas (RR 1,04, IC95%: 0,48-

2.28 e RR 0.98, IC95%: 0.49-1.94, respectivamente)⁽⁸⁾.

Segundo o tempo de trabalho de parto, constataram que o comprimento médio da primeira e segunda fase do trabalho de parto foi a mesma para cada grupo (217 minutos + 217 segundos *versus* 216 minutos + 130 segundos para aromaterapia e controle, respectivamente, e 35 minutos + 26 segundos contra 33 minutos + 23 segundos para aromaterapia e controles, respectivamente)⁽¹²⁾. Não foi encontrada diferença nos resultados referentes à duração da primeira fase do trabalho de parto (RR= 1.01, 95% CI: 0.83–1.4)⁽⁹⁾. Apenas um estudo avaliou o índice de Apgar, sendo que a média dos escores não foram diferentes para cada grupo em 1, 5 e 10 minutos⁽¹²⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Não houve diferença significativa entre os grupos na admissão à unidade especial de cuidado do bebê (um estudo, 513 mulheres)⁽⁸⁾. Também não encontraram uma redução de admissões de bebês do GE na UTI neonatal ($p=0,017$)⁽⁹⁾. Porém, em outra investigação houve uma redução significativa de admissão na UTI neonatal para crianças do grupo de aromaterapia⁽¹²⁾.

Os dados para autoavaliação da percepção da dor materna usando a escala Likert foram coletadas antes e 30-40 minutos após o recebimento da aromaterapia. Nulíparas relataram uma pequena redução na percepção da dor após a aromaterapia (75 antes *versus* 72 após administração) Multíparas registraram nenhuma diferença significativa (69 antes *versus* 68 após a administração)⁽¹²⁾.

Em uma investigação não havia dados sobre quaisquer resultados de eficácia⁽⁸⁾. Em outro, a redução da dor foi mais percebida pelas nulíparas do GE antes e após a administração da aromaterapia, o que não ocorreu com as multíparas. A dor, a ansiedade e o medo foram menores para 86% das mulheres que receberam a intervenção⁽⁹⁾.

Um trabalho avaliou o uso de analgésicos, não havendo diferença observada entre as mulheres que receberam gengibre ou lemongrass no uso de analgésicos

(RR2,50, IC 95%: 0,31-20,45)⁽¹⁰⁾.

Banho de imersão

A intervenção “banho de imersão” foi analisada em três estudos, todos RS. Nestes foram avaliados: necessidade de analgésicos, intensidade da dor, satisfação com o método, valores da pressão arterial, tempo do trabalho de parto, tipo de parto e escore de Apgar.

Evidenciou-se que a imersão em água durante o trabalho de parto reduz de forma significativa a taxa de analgesia epidural/espinal com base em dados de seis ensaios, e que imersão em água durante a primeira fase do trabalho pode ser suporte para as mulheres com baixo risco de complicações. Imersão durante a segunda fase do trabalho precisava ser melhor investigada, mas no momento não havia nenhuma evidência para sustentar ou para não apoiar a decisão de uma mulher de dar à luz na água⁽¹³⁾.

Outros pesquisadores analisaram esta variável em dois estudos, sendo que em um houve redução da taxa de analgesia no GE (OR=0.71; IC 95%: 0.49-1.01). Em contrapartida, no outro encontraram um aumento dessa taxa no grupo que iniciou a intervenção com dilatação inferior a 5 cm ($p=0,0015$)⁽⁹⁾.

Quanto à intensidade da dor, constatou-se uma experiência de dor moderada a grave⁽¹³⁾. Ensaios individuais, comparando a imersão em água durante a primeira etapa do trabalho de parto sem imersão ou tratamento padrão, sugeriram uma redução da dor (um ensaio, 120 mulheres). No entanto, em outros estudos utilizando medidas de intensidade diferentes de dor ou de medição em diferentes pontos de tempo, não houve evidência de diferença entre os grupos para a intensidade da dor (ensaios, 141 mulheres)⁽⁸⁾.

Com relação à satisfação com o método, as parturientes revelaram o desejo de usar a água para um trabalho subsequente⁽¹³⁾. Outro achado sugere um aumento na satisfação com a experiência de parto para o grupo em que a imersão ocorreu durante a segunda fase do trabalho (117 mulheres)⁽¹²⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de

estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Os resultados de uma investigação foram avaliados em três estudos. Em um deles, a experiência global e a satisfação materna com o parto foram maiores no GC ($p=0,05$). Em dois, as parturientes do GE relataram uma maior satisfação com a experiência de parto, sendo que em uma essa satisfação foi decorrente de uma maior liberdade de movimento ($RR=1.46$; IC 95%: 1.18 – 1.91) e privacidade ($RR=1.18$; IC 95%: 1.02 – 1.42)⁽⁹⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Houve uma redução na pressão sanguínea em uma das RS, todos os quais foram medidos em um ensaio⁽¹³⁾. No entanto, estas conclusões precisam ser consideradas no contexto de amostras de pequenas dimensões, sendo que apenas dois ensaios tinham tamanho de amostra total maior do que 300. Em outra investigação, a pressão arterial média foi menor em mulheres do grupo de imersão (ensaio com 120 mulheres) durante o primeiro estágio do parto, mas não houve evidência significativa entre os grupos para qualquer outro dos resultados de segurança⁽⁸⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Apenas um trabalho avaliou o tempo do trabalho de parto e escore de Apgar. Quanto ao tempo de trabalho de parto, avaliado em praticamente todos os ECRs de seu estudo, não houve redução em nenhum deles, ao contrário, em um o trabalho de parto foi significativamente mais longo no GE ($p=0.003$)⁽⁹⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Quanto ao índice de Apgar, não foram encontradas diferenças significativas em relação à escala entre os grupos. Além disso, os recém-nascidos do estudo necessitaram mais de aspiração (57% vs 53%), oxigenioterapia (35% vs 27%) e ventilação mecânica (3% vs 1%), embora sem significância estatística. Os auto-

res consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Música

A musicoterapia ou áudio-analgesia foi avaliada em três estudos: duas RS e um ECCR, que contou com uma amostra de 50 parturientes (GC e GE). Os critérios analisados foram intensidade da dor, satisfação com o alívio da dor e parto, tipo de parto, necessidade de analgesia e comparação com a massagem.

Não houve evidência de uma diferença significativa na redução da dor (dois ensaios, 74 mulheres, um julgamento de 66 mulheres)⁽⁸⁾. Dois estudos analisaram a satisfação com o alívio da dor. Para o primeiro, não houve satisfação (um estudo, 40 mulheres, um julgamento de 66 mulheres) e parto (um estudo, 66 mulheres). Para o segundo, numa meta-análise de 25 mulheres, não foi encontrada diferença entre os grupos ($RR 2,00$, CI95%: 0,82-4,89)^(8,10).

Quanto ao tipo de parto, menos partos vaginais assistidos foram observados em dois estudos comparando música com o tratamento padrão (dois ensaios, 86 mulheres), mas nenhuma evidência de diferença significativa foi observada em um estudo conjunto da mesma comparação (um estudo, 904 mulheres)⁽⁸⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Em uma RS, 12 pacientes do grupo de música (24%) expressaram a necessidade de alguns métodos de alívio da dor após as intervenções⁽¹⁰⁾.

Comparando-se a música com a massagem, percebeu-se que mães no grupo de terapia de massagem tiveram o menor nível de dor, em comparação com aqueles do grupo de musicoterapia ($p = 0,009$). A diferença mais significativa entre os dois grupos, antes e após intervenções, foi observada na fase agonizante (dor mais grave), com uma diferença principal de 36,3 pontos ($p = 0,001$)⁽¹¹⁾.

Acupuntura, acupressão, hipnose e eletroestimulação transcutânea

Estes métodos foram analisados em três RS. As quatro intervenções foram analisadas em uma mesma RS. Acupuntura, acupressão e hipnose em uma outra RS e TENS em uma terceira RS. As variáveis foram: satisfação com o alívio da dor, tipo de parto, admissão na UTI neonatal, índice de Apgar, analgésicos e comparação com outros métodos.

A redução da dor (um estudo com 120 mulheres) e maior satisfação com o alívio da dor (um estudo com 150 mulheres) foi observada em indivíduos nos ensaios de acupuntura ou acupressão, em comparação com nenhum tratamento ou placebo. Não houve evidência de uma diferença significativa para a dor e satisfação com o alívio da dor para outras comparações de acupuntura com placebo ou cuidado padrão⁽⁸⁾.

Comparando TENS em pontos de acupuntura com placebo, menos mulheres no grupo TENS referiram dor intensa durante o parto (dois estudos, 290 mulheres). Não houve diferença significativa observada para a dor em dois outros estudos comparando a TENS de volta com placebo ou tratamento usual (dois estudos, 299 mulheres). Em um estudo comparando TENS em pontos de acupuntura com o tratamento padrão, mais mulheres no grupo TENS ficaram satisfeitas com o alívio da dor (um estudo, 90 mulheres), mas em cinco ensaios comparando a TENS com placebo ou tratamento padrão, não houve diferença entre os grupos para a satisfação como alívio da dor⁽⁸⁾.

Mulheres recebendo acupressura relataram menos ansiedade em comparação com as mulheres no grupo controle (75 mulheres) (ADM -1,40, IC 95%: 2,51-0,29). Em estudo, não se encontrou nenhuma diferença na satisfação materna de manejo da dor entre a acupuntura e grupo controle. Em uma meta-análise de 288 mulheres, a heterogeneidade significativa foi indicado por estatística e um modelo de efeitos aleatórios foi aplicada. Não houve diferença na avaliação das mulheres quanto a intensidade da dor (WMD -0,20, IC 95%: 0,80-0,40) entre os grupos⁽¹⁰⁾.

Uma das RS analisadas foi inconclusiva quanto ao efeito da TENS no controle da dor durante o trabalho de parto, em comparação ao grupo placebo. Além disso, baixa qualidade metodológica foi encontrado na maioria dos estudos incluídos nesta RS⁽¹⁴⁾.

Menos partos vaginais assistidos (três ensaios, as mulheres 704) e cesarianas (um estudo, 120 mulheres) foram observados, comparando-se a acupuntura e acupressão com o tratamento padrão ou placebo. Não se evidenciou uma diferença significativa entre partos vaginais assistidos (três ensaios, 414 mulheres) e cesarianas (três ensaios, 867 mulheres)⁽⁸⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Não houve diferença na ocorrência de parto instrumental entre os grupos acupuntura e acupressão (RR 0,95, IC 95% 0,45-2,00). Um estudo relatou que em 90 mulheres não encontrou nenhuma diferença no parto vaginal espontâneo (RR 0,98, IC 95% 0,89-1,08) ou cesárea (RR 0,96, IC 95% 0,06-14,83)⁽¹⁰⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Não foi evidenciada diferença significativa no número de admissões para o tratamento intensivo na UTI neonatal (dois estudos, 345 mulheres), para o grupo acupuntura. Ademais, não se evidenciou diferença significativa no escore de Apgar em cinco e sete minutos (um estudo, 305 mulheres)⁽⁸⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

A comparação de acupuntura com injeção de água estéril, mais mulheres no grupo água estéril foram satisfeitas com o alívio da dor (um estudo, 128 mulheres). Nas demais comparações de acupuntura ou acupressão, não houve evidência de diferença significativa no número de parto vaginal ou cesariano (MD 18,60, IC95%: 11,54-25,66)⁽⁸⁾. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Mulheres do grupo acupuntura (43%) receberam nenhum analgésico adicional em comparação com 34 mulheres (72%) no grupo controle (RR 0,56, IC 95%: 0,39-0,81)⁽¹⁰⁾.

Discussão

Mediante o número de artigos científicos encontrados infere-se que a quantidade de informação científica disponível é considerável, pois além de reunidas, organizadas, criticamente avaliadas e quantitativamente mensuradas, as informações estão sendo transformadas em conhecimento e constantemente divulgadas. Além disso, a periodicidade de divulgação deste tema vem demonstrar que essa é uma matéria bastante estudada na saúde, sendo essencial para a prática clínica, pois ela expõe aplicabilidade mais coerente na prática médica atual⁽¹⁵⁾.

Contudo, o Brasil ainda pouco produz sobre este tema, demonstrando a necessidade da produção de estudos mais rigorosos, pois só assim eles poderão ser divulgados nacional e internacionalmente, dando maior credibilidade a nossas produções. Assim também deve ser com a Enfermagem, profissão de destaque em estudos sobre a temática abordada.

Entende-se que a utilização de terapias complementares pela Enfermagem é fundamental para estabelecer a autonomia profissional. Contudo o conhecimento e divulgação destes métodos são a base para dinamizar o seu caráter científico e contribuir para o planejamento de pesquisas clínicas⁽⁵⁾.

O resultado sobre o rigor metodológico demonstra que eles possuem alto nível de evidência, comprovando que podem contribuir para destacar os achados predominantes na produção científica selecionada, auxiliando decisões políticas, gerenciais e assistenciais em saúde, de modo geral, e na enfermagem, mais especificamente⁽¹⁶⁾.

A mensuração da dor é outro ponto fundamental para a veracidade do estudo. Devido ao seu caráter subjetivo, a precisão da contagem da dor tem sido bastante questionada. Estudos têm demonstrado que

a EVA é inconsistente para comparar indivíduos, mas pode ser útil para se empregar em um mesmo paciente ao longo do tempo. Isto acontece porque a magnitude da dor é indicada marcando a linha em uma escala de 0-100mm, podendo levar a subestimação da dor⁽¹⁷⁾.

A escala McGill é baseada em uma interpretação visual da percepção da dor, onde os pacientes são convidados a escolher palavras de diferentes grupos para descrever a dor percebida. Desta forma o nível de subjetividade se torna mínimo, caracterizando o questionário como um dos melhores instrumentos para a avaliação das dimensões da dor⁽¹⁸⁾.

Massagem: foi efetiva na redução da dor em todas as fases do trabalho de parto e as mulheres ainda demonstraram maior satisfação com o alívio da dor. Além disso, a massagem reduziu o nível de estresse e ansiedade do grupo experimental ($p < 0,001$). Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Com relação ao tipo e evolução do parto, este método não interfere em ambos. Os autores consideram essas informações pertinentes ao objeto de estudo – efetividade de MNFs do alívio da dor no trabalho de parto?

Aromaterapia: com relação ao tipo de parto não houve diferença entre o GC e o GE, e a proporção de parto vaginal chega a ser igual entre ambos. Esse método não interfere no tempo do trabalho de parto, assim como no número de admissões dos recém-nascidos na UTI neonatal ($p = 0,017$)⁽⁹⁾.

As nulíparas relataram uma redução na percepção da dor após a aromaterapia. Essa técnica ainda reduziu a ansiedade e o medo nas mulheres que receberam a intervenção.

Banho de imersão: esse método reduz de forma significativa a taxa de analgesia epidural/espinal, contudo não há evidência de redução da intensidade da dor. Houve uma maior satisfação com a experiência de parto para o grupo em que a imersão ocorreu e este parece reduzir a pressão sanguínea em parturientes ($p = 0,05$). Quanto ao tempo de trabalho de par-

to, não houve redução do mesmo e o estudo concluiu que este pode ser significativamente mais longo no GE($p=0,003$)⁽⁹⁾.

Música: não houve evidência de diferença significativa na redução da dor. Menos partos vaginais foram observados no grupo controle, porém houve a necessidade da introdução de outros métodos de alívio da dor após a intervenção.

Acupuntura, Acupressão, Hipnose, Eletroestimulação Transcutânea: a satisfação com o alívio da dor e menos ansiedade foram observadas nos grupos que receberam acupuntura ou acupressão. Também nestes grupos não houve evidência de diferença significativa entre tipo de partos (RR 0,95, IC 95% 0,45-2,00). As mulheres que receberam TENS referem dor intensa durante o parto, revelando que este não é um método muito eficaz para o alívio da dor.

Conclusão

A análise dos estudos evidenciou que a massagem, aromaterapia, banho de imersão, acupuntura e acupressão são métodos eficazes para aliviar a dor no trabalho de parto, pois além de diminuírem a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e estresse.

Dentre eles o que se mostrou mais eficaz foi a massagem, principalmente quando aplicada na primeira fase do trabalho de parto. Além de diminuir a percepção da dor e o nível de estresse e ansiedade, as parturientes que utilizaram esta intervenção não relataram a necessidade de métodos farmacológicos.

A massagem, aromaterapia e musicoterapia compuseram as intervenções onde as parturientes não relataram necessidade de analgésico para aliviar a dor, ao contrário do banho de imersão e da acupuntura. Além disso, o estudo concluiu que as intervenções não interferem no tipo e na duração do trabalho de parto, mostrando-se seguras para a prática clínica ($p<0,001$).

Apesar do uso crescente de terapias complementares, há carência de ECRC bem delineados para

avaliar a eficácia de muitas dessas terapias para controle da dor em trabalho de parto.

Acredita-se que resultados positivos à aplicação das estratégias não farmacológicas durante o trabalho de parto possam ser intensificados se estas fossem associadas entre si, de maneira complementar. Percebe-se diversidade quanto ao momento e a maneira de se aplicar as intervenções entre os autores. Estas diferentes abordagens podem dificultar a análise criteriosa do objetivo em questão. Portanto, são imprescindíveis pesquisas que tratem de um mesmo rigor metodológico, para futuras revisões sistemáticas.

Por fim, os achados deste estudo apontam para a necessidade de pesquisas clínicas, principalmente na Enfermagem, focalizando o uso dessas e outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parto, visando humanizar a assistência à parturiente.

Colaborações

Osório SMB e Nicolau AIO contribuíram para a concepção, análise, interpretação dos dados. Silva Júnior LG contribuiu para a redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):339-46.
2. Davim RMB, Torres GV. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. *Rev Rene*. 2008; 9(2):64-72.
3. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando as experiências da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):60-5.
4. Moraes MST, Rolim LTA, Enders BC, Farias GM, Davim RMB. Aplicabilidade de estratégias não farmacológicas para alívio da dor em parturientes: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2010 [citado 2013 mar 21]; 4(3):131-6. Disponível

- vel em: http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/3169/1/2010ART_Applicabilityof_BerthaCruzEnders.pdf
5. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 6. Ursi ES, Galvão CM. Prevenções de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-31.
 7. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996; 17(1):1-12.
 8. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 3(2):1-40.
 9. Gayeski ME, Bruggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4):774-82.
 10. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (4):CD003521.
 11. Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Women's Health*. 2010; 6(3):377-81.
 12. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomized controlled trial. *Int J Obstetr Gynecol*. 2007; 114(7):838-44.
 13. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labor and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2):CD000111.
 14. Mello LFD, Nóbrega LF, Lemos A. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e metanálise. *Rev Bras Fisioter*. 2011; 15(3):175-84.
 15. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010; 38(10):528-37.
 16. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):771-8.
 17. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(2):283-90.
 18. Araújo LG, Lima DM, Sampaio RF, Pereira LS. Pain locus of control scale: adaptation and reliability for elderly. *Rev Bras Fisioter*. 2010; 14(5):438-45.