

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SAMARA MARIA BORGES OSÓRIO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS  
PARA O ALÍVIO DA DOR DE PARTO**

PICOS

2012

SAMARA MARIA BORGES OSÓRIO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS  
PARA O ALÍVIO DA DOR DE PARTO**

Monografia submetida ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Ana Izabel Oliveira Nicolau

PICOS

2012

## FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

O83a Osório, Samara Maria Borges.

Avaliação da efetividade dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto / Samara Maria Borges Osório. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (41 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. MSc. Ana Izabel Oliveira Nicolau

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Dor de Parto. 3. Trabalho de Parto. I. Título.

CDD 610.736 78

SAMARA MARIA BORGES OSÓRIO

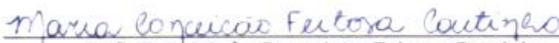
**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS  
PARA O ALÍVIO DA DOR DE PARTO**

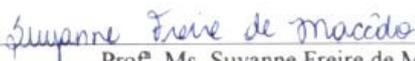
Monografia submetida ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 03/07/12.

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Ms. Ana Izabel de Oliveira Nicolau  
Universidade Federal do Piauí - UFPI  
Presidente da banca

  
\_\_\_\_\_  
Enf.<sup>a</sup> Esp. Maria Conceição Feitosa Coutinho  
Estratégia Saúde da Família  
1º Examinador

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Ms. Suyanne Freire de Macêdo  
Universidade Federal do Piauí - UFPI  
2º Examinador

## DEDICATÓRIA

Primeiramente, dedico este trabalho a Deus por nunca ter me abandonado nesta minha trajetória.

Aos meus pais, Cecílio (*in memori*) e Amacelha, pela base sólida que sempre me deu força para encarar a vida de frente e pela dedicação e esforço para que este nosso sonho se realizasse.

A minha mãe por cumprir este papel magistralmente e pelo amor intenso. Estou realizando um sonho meu e seu, e só consegui porque tenho você ao meu lado. Ao meu pai, por ter existido em minha vida. Tenho certeza que, de onde você estiver, estará repartindo comigo a alegria deste momento.

A toda minha família, pelo companheirismo, apoio e amor com que me trataram durante todo este caminho.

A minha orientadora Professora Ana Izabel, por todo o conhecimento passado e pela credibilidade depositada em mim para a concretização deste estudo. Fazê-lo não foi fácil, mas sua ajuda tornou o caminho menos árduo. Obrigada pelo companheirismo e incentivo!

Aos meus grandes amigos e namorado, pela força e incentivo e por estarem sempre presente ao meu lado.

Enfim, a todos que fizeram parte desta fase da minha vida, que me incentivaram e acreditaram no meu sonho e que agora passa a ser realidade.

**Uma dedicatória para as mulheres...**

Sou mulher, sou mãe, sou deusa,  
e assim mereço ser cuidada.  
Se parir faz parte da natureza,  
que esta força seja respeitada.  
Respeitada pelos homens e por mim  
mesma,  
pois fazemos a humanidade crescer.  
Que as cesarianas, induções, tecnologia,  
sejam usadas com magia e saber.  
Saber que os médicos dominam,  
e nós, mulheres, também.  
Conhecendo o nosso corpo e instinto,  
sabemos mais que ninguém.  
Portanto, minha gente é hora  
de parir como e com quem quiser.  
Se durante a noite ou a aurora,  
ordem é esperar quando vier.  
Chega de intervir na natureza!  
As mulheres precisam de compreender,  
receber o bebê no coração,  
experimentar o "dar à luz e renascer".  
(Lívia Pavitra)

## RESUMO

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 uma assistência humanizada, que respeite a sua individualidade e a sua autonomia. Os métodos não farmacológicos podem ser aplicados de forma combinada ou isolada e devem ser 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. Trata-se de uma Revisão Sistemática que objetivou avaliar a efetividade dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. A seleção dos estudos fundamentou-se a partir de uma busca na Bdenf, na Pubmed, no Lilacs e na Cochrane Library, das publicações de 2007 a 2012. Cada resumo foi avaliado como etapa inicial de seleção dos mesmos. Os artigos que cumpriram com os critérios de inclusão foram obtidos e analisados na íntegra. Foram analisados 22 estudos que avaliaram os métodos não farmacológicos como intervenção terapêutica. Destes, sete atendiam aos critérios de elegibilidade e, portanto, foram incluídos no presente estudo. A análise dos estudos evidenciou 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 diminuir a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e estresse. Dentre eles a massagem é o método mais eficaz, 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 para a prática clínica. Apesar do uso crescente de terapias complementares há uma falta de ECRC bem delineados para avaliar a eficácia de muitas dessas terapias para controle da dor em trabalho de parto. Há necessidade de outras pesquisas clínicas, principalmente na Enfermagem, que focalizem o uso dessas e outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parto, visando ações humanizadas na assistência à parturiente.

Palavras-chave: Dor de parto; Enfermagem obstétrica; Trabalho de parto.

## ABSTRACT

The delivery represents the final stage of design where being generated start an independent life of the maternal organism. Promote comfort and satisfaction of women at this time is among the most important tasks of the providers of care that should enhance the physiological birth and the appropriate use of technology, a humanized priority, which respects their individuality and their autonomy. The non-pharmacological methods may be applied alone or in combination and should be explored because they are safer and less intervention would entail. Moreover, the pain can be relieved using only those technologies of care, returning to the physiological significance of that labor should represent to the mother and the newborn. It is a systematic review aimed to evaluate the effectiveness of non-pharmacological methods for pain relief during labor. The selection of studies was based from a search in Bdenf in Pubmed, Lilacs and Cochrane Library, publications from 2007 to 2012. Each abstract was evaluated as an initial step of selecting them. Articles that met the inclusion criteria were obtained and analyzed in full. We analyzed 22 studies that assessed non-pharmacological methods such as therapeutic intervention. Of these, seven met the eligibility criteria and were therefore included in this study. The studies showed that massage, aromatherapy, bath, acupuncture and acupressure are effective methods to relieve pain during labor, because in addition to reducing pain perception, although at lower levels of anxiety and stress. Among them, the massage is the most effective, especially when applied in the first stage of labor. Furthermore, the operations do not interfere with the type and duration of labor and proved to be safe for clinical use. Despite the increasing use of complementary therapies is a lack of well-designed randomized controlled clinical trials to evaluate the effectiveness of many of these therapies for pain management in labor. There is need for further clinical research, particularly in nursing, to focus the use of these and other non-pharmacological strategies for pain relief in childbirth, humanized actions aimed at assisting the mother. Keywords: Labor pain; Obstetrical nursing; Labor.

## **LISTA DE TABELAS**

FLUXOGRAMA 1. Seleção dos estudos através das bases de dados. Picos-PI, mar. 2012.....	21
TABELA 1. Aspectos estruturais das produções científicas encontradas. Picos-PI, abr-mai 2012.....	22
TABELA 2. Aspectos Metodológicos das Produções. Picos-PI, 2012.....	24
TABELA 3. Evidências encontradas quanto ao uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto. Picos-PI, 2012.....	27

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**Bdenf-** Base de Dados em Enfermagem

**ECRC-** Ensaio Clínico Randomizado Controlado

**EVA-** Escala Analógica Visual

**GC-** Grupo de Controle

**GE-** Grupo Experimental

**ID-** Intradérmica

**Lilacs-** Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

**MNF-** Método Não Farmacológico

**MS-** Ministério da Saúde

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**OPAS-** Organização Pan-americana de Saúde

**PAISM-** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PHPN-** Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento

**Pubmed-** National Library of Medicine

**RS-** Revisão Sistemática

**SC-** Subcutânea

**SINASC-** Sistema de Informação de Nascidos Vivos

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**TENS-** Estimulação Elétrica Transcutânea

**UTI-** Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Geral.....	13
2.2 Específicos.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4. METODOLOGIA.....	19
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	19
4.2 Ambiente da investigação.....	19
4.3 Coleta de dados.....	20
4.4 Análise dos dados.....	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5.1 Características estruturais dos estudos selecionados.....	22
5.2 Características metodológicas dos estudos selecionados.....	24
5.3 Efeitos dos Métodos Não Farmacológicos avaliados.....	27
5.3.1 Massagem.....	30
5.3.2 Aromaterapia.....	31
5.3.3 Banho de imersão.....	33
5.3.4 Música.....	35
5.3.5 Acupuntura, Acupressão, Hipnose, TENS.....	36
5.3.6 Bifeedback, Água estéril ID ou SC, Yoga.....	38
6 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS	

## 1 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 uma assistência humanizada, que respeite a sua individualidade e a sua 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 (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

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.

Como consequência, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) constatou, no ano de 2002, uma proporção de nascidos vivos por parto cesáreo maior que os 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil foram registrados 38,6%. Regionalmente os valores foram: 28,1% na região norte, 26,9% no nordeste, 47,5% no sudeste, 44,1% no sul e 44,3% no centro-oeste (BRASIL, 2002a).

O atendimento inadequado desta população desde o pré-natal, a desestrutura física das instituições e o medo da dor de parto, são fatores que contribuem com esses dados. Além disso, estudos já comprovam que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea (BRASIL, 2002b).

Buscando diminuir o número de intervenções farmacológicas e invasivas durante a assistência ao parto e resgatar o sentido íntimo e privado original do mesmo, o Ministério da Saúde (MS) implanta, no ano de 2000, em todo o território brasileiro, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), com a finalidade de questionar as práticas no campo obstétrico (NASCIMENTO, 2010).

Este programa está baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto e busca: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à

gestante. Desta forma, é importante que a equipe de saúde conheça todas as diretrizes e normas deste programa e as coloquem em prática para que os seus objetivos possam ser efetivados.

Além disso, conforme Silva (2011), a dor de parto e a duração do trabalho de parto sofrem a influência de características pessoais, pois a mulher terá maior ou menor dificuldade para se sentir segura, livre, agir instintivamente e ouvir seu próprio corpo e assim deve ser preparada para o parto. Portanto, o profissional obstetra deve estar capacitado para atender adequadamente à mulher, sendo fundamental o conhecimento crítico para identificar as intervenções cabíveis, assim como para encorajar a parturiente na escolha daquelas que mais lhe agradam e lhe são convenientes.

Neste sentido, 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. Dessa forma, as intervenções não farmacológicas são uma opção a fim de substituir, na medida do possível, os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto (MORAES, 2010).

Os métodos não farmacológicos, dentre eles exercícios respiratórios, massagem, banho de imersão, acupuntura, hipnose, eletroestimulação transcutânea (TENS), aromaterapia, audioanalgesia, dentre outros, podem ser aplicados de forma combinada ou isolada e são classificados como tecnologia leve dura uma vez que estão baseados em um saber estruturado, mas que não necessita de equipamentos sofisticados para a sua utilização (GAYESKI, 2010).

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.

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

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Avaliar a efetividade dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto.

### **2.2 Específicos**

- Comparar a efetividade entre os métodos não farmacológicos;
- Verificar se os métodos não farmacológicos interferem na intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A dor de parto é considerada um processo predominantemente biológico, fisiológico e temporário, valorizando, muitas vezes, o quadro patológico quando este se instala. É por esse motivo que ações voltadas à humanização do parto e nascimento proporcionam uma reflexão sobre a assistência obstétrica adotada no passado, quando um menor número de intervenções era realizado (GALLO, 2011).

Do século XVI ao século XIX o nascimento era um acontecimento agregado de inúmeros significados e comemorado como um dos fatos marcantes da vida. A assistência era atribuída às parteiras, “comadres” ou “curiosa”, e o acesso ao quarto da parturiente era oculto, sendo proibida, por ordem moral, a entrada de homens em seus aposentos. Apenas em casos complicados era pedido o auxílio de um cirurgião (MAMEDE, 2007).

Ainda de acordo com Mamede (2007), com a idealização do primeiro instrumento obstétrico, o fórceps, pelo britânico Peter Chamberlen, o “cuidar da parturiente” percebido como um evento constituído por uma série de procedimentos ao pé-do-leito, ganhou uma expressão concreta. A maioria das mulheres que até então pariam com a ajuda de outras mulheres, por não serem nobres ou da classe de maior renda, passou também a ser objeto do interesse médico e ter seus partos atendidos ou observados por profissionais oficialmente preparados para este fim, como as enfermeiras-parteiras e os médicos.

A partir do século XX dá-se início ao processo de institucionalização do parto, antes realizado no domicílio das parturientes. Essa transferência ocasionou mudanças no significado do nascimento desde o seu personagem principal, que deixa de ser a própria mulher, até o número de intervenções, passando a ser um procedimento de intensa medicalização.

Uma abordagem histórica revela que no Brasil, até meados dos anos 80 do último século, as políticas nacionais voltadas para a saúde da mulher eram elaboradas para atender demandas relativas à gravidez e ao parto. Elas traduziam uma visão sobre a mulher baseada em sua especificidade biológica de reprodução, o que refletia a época o papel social de mãe esperado da mulher pela sociedade brasileira (NASCIMENTO, 2010).

Essas políticas se preocupavam apenas com a necessidade político-econômica de garantir exércitos e trabalhadores para a federação sem assegurar atendimento adequado para essas mulheres. Como consequência, houve um crescimento na extensão de mortalidade materna, o que as levou a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico.

Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, hemoterapia, antibioticoterapia e outras áreas afins, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante

seguro. Essa segurança, associada ao alargamento de sua indicação em situações de comprometimento das condições de vitalidade, tanto fetais quanto maternas, foi responsável por uma significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e Peri natais, a partir do início da segunda metade deste século.

Conforme Brasil (2002) a utilização deste procedimento vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais genericamente no continente americano e, mais especificamente, no Brasil, aonde chega a ser considerada epidêmica. Foi a partir de então que novas políticas públicas vêm sendo criadas visando à redução do número de intervenções durante o parto, a humanização deste processo, o redirecionamento de seu significado como um evento fisiológico e o resgate da mulher como protagonista do seu processo.

Nascimento (2010) revela que o movimento feminista e o movimento sanitário, inseridos no contexto mundial da luta pelos direitos humanos, tiveram grande contribuição para a formulação, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a perspectiva de questionar o saber médico no campo obstétrico que, com práticas obstétricas intervencionistas, transformou o parto em um ato médico. Desde então, se começa a repensar sobre a assistência no momento da concepção e, principalmente, busca-se formas alternativas para transformá-lo novamente em um evento natural.

A Iniciativa por uma Maternidade Segura, lançada pela OMS em 1987 e implantada no Brasil em 1995, estabelece um conjunto de critérios e procedimentos técnicos visando obter a eficácia da assistência prestada à mulher, fortalecendo a luta pelo direito ao atendimento humanizado e o incentivo ao parto normal (MAMEDE, 2007). O manual “Maternidade Segura” da OMS lista várias ações que devem ser incentivadas durante o período Peri natal e inclui as que se referem aos cuidados não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto (SESCATO, 2008).

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, ocorrida no Brasil em 1985, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), foi um importante marco na revisão das tecnologias utilizadas no nascimento e parto (MAMEDE, 2007). Este evento ganha maiores proporções quando o Ministério da Saúde implanta no ano de 2000, em todo território brasileiro, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN).

O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Um dos aspectos fundamentais da humanização refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento,

evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido.

Segundo o PHPN, toda gestante tem direito ao acesso a um atendimento digno e de qualidade, devendo ser recebida com dignidade, atitude ética e solidária por parte dos profissionais. Desta forma, entende-se que o cuidar da parturiente é de grande importância no desempenho da enfermeira obstétrica, devendo assegurar a redução dos desconfortos durante o trabalho de parto e parto, principalmente os relacionados à dor das contrações.

Nunes (2007) diz que quando chega o momento de parir, a parturiente apresenta dores a intervalos regulares com duração e intensidades aumentadas, que se iniciam na região posterior para, em seguida, dirigir-se à região anterior. Ela representa um importante sinal do início do trabalho de parto, sendo o seu componente mais importante a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro.

Pelo seu caráter subjetivo, este é um sintoma de difícil avaliação. O medo, o stress mental, tensão, angústia, ignorância do que está acontecendo, dentre outros, são responsáveis pela permanência do tônus muscular residual, responsável pela dor (SESCATO, 2008).

Estudos sobre a intensidade da dor no parto demonstraram que, independentemente de influências sócio-culturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres. Portanto, uma vez diagnosticado o trabalho de parto e a regularidade das contrações, a dor pode e deve ser aliviada, pois pode ser prejudicial tanto à mãe quanto ao feto. Este é um direito da mulher brasileira garantido por portarias do Ministério da Saúde (nº 2.815 de 1998 e, posteriormente, a de nº 572 de 2000), que incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As enfermeiras obstétricas, que cuidam de mulheres utilizando uma abordagem humanística, vêm utilizando as tecnologias de cuidado por acreditarem que o momento do trabalho de parto e parto é restaurador da vida sexual das mulheres e, dentro do contexto hospitalar tecnocrata, como uma tentativa de amenizar a intensa medicalização utilizada (MACEDO, 2008).

A eficácia dos métodos não farmacológicos vem sendo alvo de estudos desde a década de 60. Porém, só na década de 90 começam a ser introduzidos em algumas maternidades brasileiras. Conforme explica Gayeski (2010), esses métodos baseiam-se em conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para sua utilização, podendo ser aplicados, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher. Neste sentido,

desmedicalizar não significa a simples exclusão do profissional ou de práticas médicas da assistência, mas eliminar o raciocínio clínico-médico como única alternativa para atender a parturição (VARGENS, 2008).

Segundo Davim (2007), mesmo que cada parturiente responda à dor de um modo pessoal e adaptativo, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a reduzir as percepções dolorosas, alterando essa resposta na maioria das parturientes. Elas podem ser empregadas de forma isolada ou combinada, o que torna necessário uma orientação durante o trabalho de parto por parte da equipe, mesmo que esses cuidados já tenham sido orientados durante o Pré-Natal ou em outra situação (SESCATO, 2008).

O banho de imersão é realizado em uma banheira com água aquecida em torno de 37° a 38°, sendo importante que a imersão seja realizada quando estiver definida a fase ativa do trabalho de parto e com dilatação cervical mais avançada, em torno de 6 cm, para não interferir na intensidade das contrações e duração desta fase (CLUETT; BURNS, 2009).

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (JONES *et al*, 2012).

A TENS é um método coadjuvante de analgesia de parto, caracterizado pela emissão de impulsos ou estímulos elétricos de baixa frequência por meio de eletrodos superficiais lisos aplicados sobre a região dolorosa. Tem como objetivo minimizar a dor na fase ativa do trabalho de parto, sem efeitos danosos à mãe ou ao feto (SMITH *et al*, 2006).

Os exercícios respiratórios no trabalho de parto têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de O<sub>2</sub>, proporcionar relaxamento e diminuir a ansiedade.

A deambulação é um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal.

A mudança de postura materna durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal. As parturientes são incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, cadeira, banquetas, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente.

A bola Suíça é um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade na adoção de diferentes posições, possibilita o exercício pélvico, traz benefícios psicológicos por sua característica de objeto lúdico, além de ter baixo custo (SILVA, 2011).

Segundo Macedo (2008), o cuidado prestado à mulher pela enfermagem, que utiliza as tecnologias de cuidado, visa dar-lhe poder de decisão e ajudá-la a passar, da melhor forma e sem intervenções desnecessárias, pelos processos naturais. Além disso, estas intervenções resgatam a fisiologia do parto, devolvendo à mulher o papel de protagonista do seu processo. Porém, um dos maiores desafios da obstetrícia moderna é assegurar a qualidade da assistência humanizada à parturiente, no qual se incluem as medidas de conforto durante o trabalho de parto e aquelas que promovam um parto mais fisiológico e prazeroso possível para a mãe e família (MAMEDE, 2007).

Observa-se na prática da enfermagem que esses cuidados são poucos aplicados, principalmente no setor privado, em que prevalecem as intervenções cirúrgicas no trabalho de parto e parto, constatado pelo número aumentado de cesarianas (SESCATO, 2008).

A enfermeira obstétrica deve entender que seu papel é cuidar das mulheres durante o trabalho de parto e parto e não interferir neste processo que deve ser considerado “restaurador” e fisiológico, pois respeitar a fisiologia do processo de trabalho de parto é uma tecnologia de cuidado e Florence Nightingale deixa claro que cabe a enfermeira o cuidado às pessoas durante o seu processo restaurador (MACEDO, 2008).

É importante também que a mulher participe das decisões relacionadas ao momento do parto, como o tipo de parto e as intervenções que poderão ser utilizadas, pois além do respeito à fisiologia, o respeito à cidadania constitui ponto fundamental na concepção de desmedicalização (VARGENS, 2008).

Dessa forma, uma tarefa importante para ajudar as mulheres em trabalho de parto normal a suportar a dor é através do apoio e da abordagem humanizada, identificando-se os seus aspectos quantitativos e qualitativos, para um planejamento sistemático de informações e orientações tranquilizadoras fornecidas por profissionais de saúde ou outras pessoas que assistem essas mulheres (DAVIM, 2007).

Por fim, é fundamental para a humanização do parto o adequado preparo dos profissionais de obstetrícia durante o acompanhamento das gestantes no momento do nascimento, visto que este será um evento para sempre lembrado na vida desta mulher. Portanto é essencial que o profissional forneça artifícios para tornar este ato o menos traumático possível e devolver à mãe o papel principal deste processo.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de uma Revisão Sistemática (RS), pois reúne, de forma organizada, grande quantidade de resultados de pesquisas clínicas sobre a efetividade dos 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. Com isso, são identificados todos os estudos que tratam de uma questão de pesquisa específica, os estudos relevantes são avaliados quanto à qualidade metodológica, os dados são extraídos e resumidos, e as conclusões, obtidas (CULLUM *et al*, 2010).

### 4.2 Ambiente da Investigação

A seleção dos estudos fundamentou-se a partir de uma busca 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* das publicações de 2007 a 2012. Tal investigação ocorreu no mês de março de 2012. Na pesquisa utilizaram-se os descritores controlados do DECs e Mesh: banho terapêutico (*therapeutic bath*), massagem (*massage*), audioanalgesia (*audioanalgesia*), aromaterapia (*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 childbirth*).

Esses bancos de dados bibliográficos proporcionam acesso aos estudos primários e às revisões sistemáticas relacionadas à prática e à pesquisa de enfermagem. A BDENF é uma fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnica - científica brasileira em Enfermagem. Contém artigos das revistas mais conceituadas da área de Enfermagem, e outros documentos tais como: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais (BVS, 1967).

A PUBMED é uma versão online gratuita de resumos da MEDLINE destinada aos profissionais de saúde. Compreende mais de 21 milhões de citações para a literatura biomédica em MEDLINE, revistas de ciências da vida e livros on-line. As citações podem

incluir links para conteúdo de texto completo da PubMed Central e web sites de editores (PUBMED, 1997).

O LILACS é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Há 26 anos contribuindo para o aumento da visibilidade, acesso e qualidade da informação em saúde na região (BVS, 1967).

A *Cochrane Library* reúne revisões sistemáticas periodicamente atualizadas de todos os ensaios clínicos aleatórios relevantes sobre intervenções em saúde (CULLUM *et al*, 2010).

Os seguintes critérios de inclusão foram estabelecidos: ser um Ensaio Clínico Randomizado Controlado (ECRC) ou uma Revisão Sistemática, estar disponível eletronicamente e estar escrito nos idiomas português, inglês ou espanhol.

### 4.3 Coleta de dados

Encontrados os estudos possivelmente integrantes desta revisão sistemática, mediante a busca descrita outrora, cada resumo foi avaliado como etapa inicial de seleção dos mesmos. Os artigos que cumpriram com os 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 foram compartilhadas entre os pesquisadores para a análise crítica por consenso. A seleção final ocorreu em março de 2012.

Após a escolha dos estudos foram coletados os dados conforme o instrumento adaptado dos estudos de Ursi (2005) (ANEXO A). Desta forma observaram-se: identificação do artigo (título do artigo e do periódico, nome dos autores, país, idioma e ano de publicação); instituição sede do estudo (hospital, universidade, centro de pesquisa, pesquisa multicêntrica, instituição única, outras instituições); tipo de revista científica (publicação médica, de enfermagem ou de outras áreas, bem como seus respectivos Qualis); características metodológicas do estudo (objetivo ou questão norteadora, hipóteses, tipo de publicação, amostra, tratamento dos dados, intervenções realizadas/ coleta de dados, resultados, análise, implicações e nível de evidência) e avaliação do rigor metodológico (clareza na identificação da trajetória metodológica no texto e identificação de limitações ou vieses).

Além disso, uma pontuação de Jadad (1996) (ANEXO B) foi atribuída para cada estudo a fim de fornecer uma medida de qualidade metodológica. Esta medida é um indicador confiável da qualidade de estudos e é baseado num relatório sobre cada ensaio nos aspectos de randomização, cegamento, bem como retiradas e desistências de participantes do estudo. Para

cada estudo, o revisor atribuiu ou subtraiu pontos em cada uma dessas áreas de acordo com o protocolo Jadad . Assim, a pontuação máxima da avaliação de ensaios clínicos de qualidade é 5. Os escores foram cruzados entre os revisores e resolvidas por consenso.

A coleta das informações das produções incluídas ocorreu nos meses de abril e maio de 2012.

#### **4.4 Análise dos dados**

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.

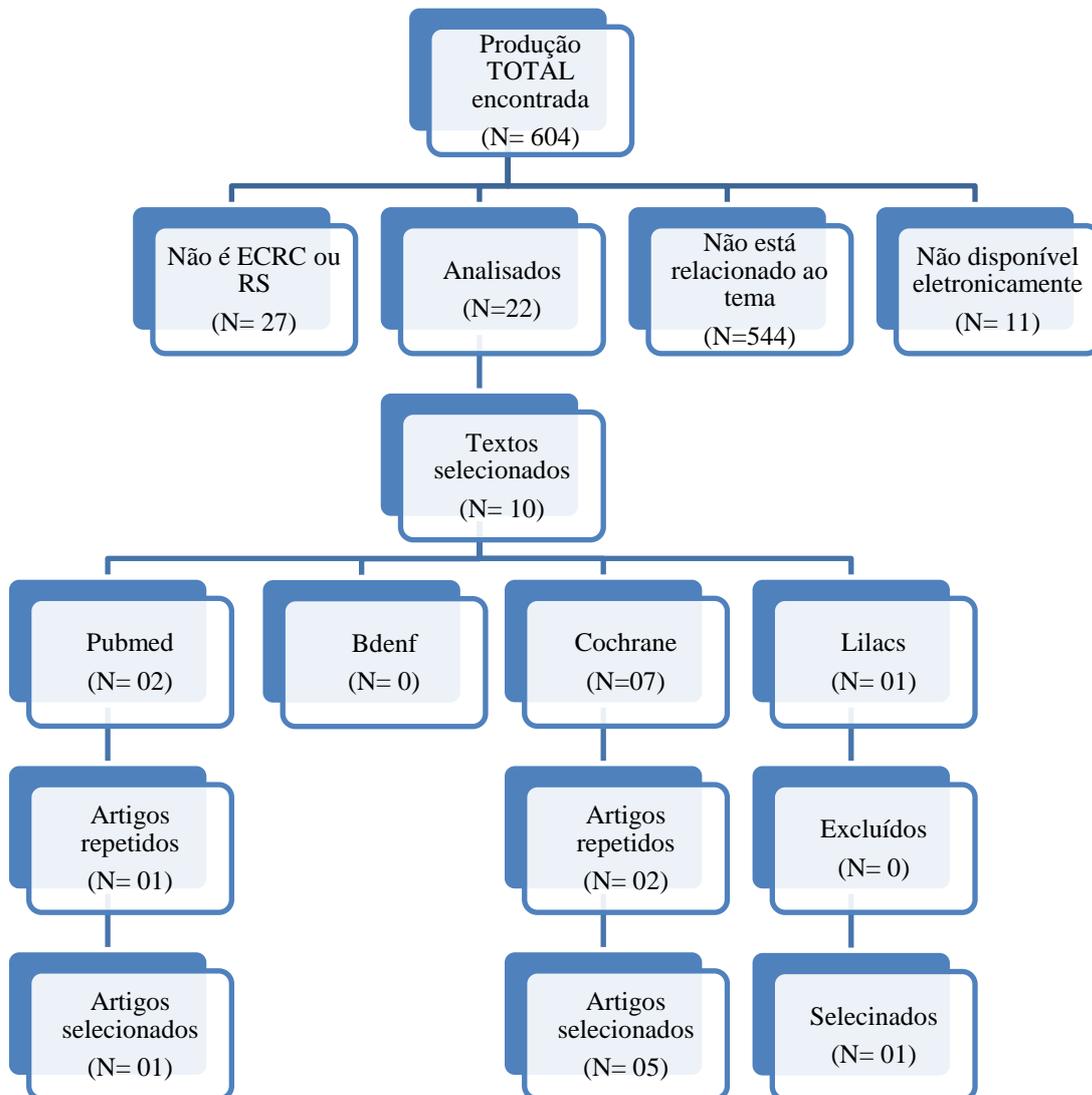
Posteriormente foram elaboradas tabelas no programa *Microsoft Office Excel 2007*, com dados absolutos e relativos, a fim de facilitar a visualização, interpretação e análise dos dados. Os mesmos foram analisados de acordo com a literatura pertinente.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Características estruturais dos estudos selecionados

Foram analisados 22 estudos que avaliaram os métodos não farmacológicos como intervenção terapêutica. Destes, sete (fluxograma 1) atendiam aos critérios de elegibilidade e, portanto, foram incluídos no presente estudo. Quinze foram excluídos após análise da qualidade metodológica. O passo a passo para a obtenção final das produções consideradas no presente estudo encontra-se exposto do fluxograma a seguir:

FLUXOGRAMA 1. Seleção dos estudos através das bases de dados. Picos-PI, mar. 2012.



A análise das produções iniciou-se pela apresentação dos aspectos estruturais descritos na tabela 1.

TABELA 1. Aspectos estruturais das produções científicas encontradas. Picos-PI, abr-mai 2012.

Variáveis	n	%
<b>TIPO DE PRODUÇÃO (n= 07):</b>		
Tese/ Dissertação	03	42,9
Artigo	04	57,1
<b>PROFISSÃO DOS AUTORES (n= 28):</b>		
Enfermeiro	04	14,3
Médico	21	75,0
Outros	03	10,7
<b>PAÍS (n= 07):</b>		
Brasil	02	28,6
Inglaterra	02	28,6
Outros	03	42,8
<b>IDIOMA (n= 07):</b>		
Português	01	14,3
Inglês	06	85,7
Espanhol	-	-
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO (n= 07):</b>		
Antes de 2010	03	42,8
Em 2010	02	28,6
Depois de 2010	02	28,6
<b>TIPO DE PUBLICAÇÃO (n= 07):</b>		
Revisão Sistemática	05	71,4
Ensaio Clínico Randomizado Controlado	02	28,6
<b>Ecore de Jadad= +3</b>		
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA (n= 07):</b>		
Nível 1*	05	71,4
Nível 2**	02	28,6
Nível 3***	-	-

\* Revisão Sistemática ou Metanálise

\*\* Ensaio Clínico Randomizado Controlado bem delineado

\*\*\* Ensaios Clínicos bem delineados sem randomização

Com relação ao tipo de produção, quatro (57,1%) eram artigos científicos (Tabela 1), revelando que a quantidade de informação científica disponível é crescente, ou seja, além de reunidas, organizadas, criticamente avaliadas e quantitativamente mensuradas as informações estão sendo transformadas em conhecimento e divulgadas em um ritmo mais acelerado.

Neste estudo, a medicina se destacou como a profissão que mais estuda estas intervenções, sendo que 75% (Tabela 1) das produções possuíam médicos como autores. Os enfermeiros representam 14,3% (Tabela 1) do total. 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 (CULLUM *et al*, 2010).

Com relação ao país, o Brasil se iguala à Inglaterra no número de produções, sendo cada um responsável por 28,6%. Porém este número ainda é pequeno comparado a outros países, responsáveis por 48,6%. Além disso, seis estudos (85,7%) estavam na língua inglesa e apenas um (14,3%) em português. Estes dados demonstram a necessidade da produção de estudos mais rigorosos no Brasil, pois só assim eles poderão ser divulgados nacional e internacionalmente, dando maior credibilidade a nossas produções.

Apesar de ser alvo de estudos deste a década de 60, a eficácia dos métodos não farmacológicos continua a ser questionada. Os anos de 2010 até 2012 foram responsáveis por 57,2% das produções, sendo 28,6% somente em 2010 e 28,6% depois de 2010. A periodicidade da divulgação deste tema é essencial para a prática clínica, pois, segundo Porto, Amorim, Souza (2010), ela expõe aplicabilidade mais coerente na prática médica atual.

Dos sete estudos selecionados, dois (28,6%) eram ECRC (Tabela 1), ambos com pontuação de Jadad igual a 3. Isto revela um rigor metodológico razoável, uma vez que esta escala tem 5 como pontuação máxima. As cinco (71,4%) restantes eram revisões sistemáticas (Tabela 1), reconhecidas por apresentar o maior nível de evidência dentre os tipos de publicações. Este resultado é de suma importância, pois as diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas consistem no elo entre as pesquisas e a prática clínica, sendo extremamente úteis para os tomadores de decisão na área de saúde (CULLUM *et al*, 2010).

Esses resultados apontam para a necessidade do aperfeiçoamento dos estudos clínicos da enfermagem, pois eles 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 (LOPES; FRACOLLI, 2008)

## **5.2 Características metodológicas dos estudos selecionados**

A fim de facilitar a análise metodológica das produções, seus aspectos metodológicos foram dispostos na forma de tabela (Tabela 2).

TABELA 2. Aspectos Metodológicos das Produções. Picos-PI, 2012.

ARTIGO	AMOSTRA	INTERVENÇÃO	CARACTERÍSTICA	RANDOMIZAÇÃO	VARIÁVEL	MENSURAÇÃO DA DOR
<i>Immersion in water in labour and birth</i> <b>Cluett; Burns, 2009</b>	—	Banho de imersão	Nulíparas ou multíparas em trabalho de parto (espontâneo ou induzido; gravidez única ou múltipla, independente das características do trabalho.	—	Experiência de dor durante o trabalho; uso de analgesia não farmacológica; uso de analgesia farmacológicas; tipo de parto e duração do trabalho de parto.	Não foi citado
<i>Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled Trial</i> <b>Burns, et al 2007</b>	GC*: 262 GE**: 251	Aromaterapia (essências: camomila romana, salvia, incenso, lavanda, tanquerina e amêndoa doce.	Nulíparas e multíparas com uma gestação > 36 semanas completas e gravidez única com apresentação cefálica.	Sequência aleatória gerada por computador enumeradas, seladas em envelopes opacos que continha a atribuição	Tipo de parto; eventos intrapartos; escore de Apgar e admissão na UTI neonatal.	Escala de 10 pontos de Lickert.
<i>Pain management for women in Labour: an overview of systematic reviews</i> <b>Jones, et al 2012</b>	—	Hipnose, biofeedback, água estéril intradérmica ou subcutânea, imersão em água, aromaterapia, técnicas de relaxamento (yoga, música, áudio), acupuntura ou acupressão, métodos manuais (massagem, reflexologia) e TENS.	Mulheres em trabalho de parto, incluindo grupos de alto risco.	—	Efeitos da intervenção, intensidade da dor, satisfação com o alívio da dor, senso de controle no parto, satisfação com a experiência de parto, segurança da intervenção, admissão na UTI neonatal, índice de Apgar.	VASs, McGill pain questionnaire.
<i>Complementary and alternative therapies for pain management in labour</i> <b>Smith, et al</b>	—	Acupuntura; aromaterapia; audio-analgesia, hipnose, massagem, relaxamento.	Primíparas ou multíparas, em trabalho de parto, espontâneo ou induzido, na primeira e segunda fases de trabalho.	—	Satisfação materna ou experiência emocional materna com o manejo da dor no trabalho de Parto; uso de analgésio-	Escala Visual Analógica; McGill e outras não identificadas.

2009

Estimulação Elétrica Transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e metanálise  
**Mello; Nóbrega; Lemos, 2011**

Estimulação Elétrica Transcutânea- TENS

Primípara ou múltiparas

cos em trabalho de parto; percepção da dor; índice de Apgar; Admissão na UTI neonatal.

Alívio da dor durante o trabalho; necessidade de analgésicos; duração do trabalho; satisfação da mãe; tipo de parto; repercussões fetais.

Questionário (não especificado) e Escala Analógica Visual.

Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática  
**Gayeski; Brüggemann, 2010**

Banho de imersão; massagem; aromaterapia

Mulheres com gestação única, de baixo risco, a termo e feto em apresentação cefálica, com exceção de dois estudos que incluíram bebês prematuros.

Dor, tempo do trabalho de parto, taxa de analgesia, partos operatórios; resultados neonatais; reações comportamentais; nível de stresse e ansiedade; satisfação; uso de analgesia farmacológica.

Escala Visual Analógica; Behavioural pain scale; Likert Scale; Birth Worry Scale e a Postnatal Depression Scale.

*Comparison between massage and music therapies relieve the severity of labor pain*  
**Taghinejad; Delpisheh; Suhrabi, 2010**

**G. Mas-  
sage:** 51  
**G. Music:**  
50

Massagem; música

Primíparas entre 20 e 30 anos com uma dilatação de colo de 4 cm, com IG entre 37 e 42 semanas, apresentação cefálica e peso normal

Recrutadas aleatoriamente e randomização concluída com um programa de minimização computadorizada para atribuir as mulheres participantes quer ao massagem quer música.

Intensidade da dor; analgesia farmacológica.

Escala Analógica Visual

\*Grupo Controle

\*\*Grupo Experimental

Os Métodos Não Farmacológicos (MNFs) mais avaliados (Tabela 2) nos estudos foram massagem e aromaterapia, ambos estudados em 4, seguidos do banho de imersão e musicaterapia, em 3. Além destes, ainda tiveram a hipnose, acupuntura, acupressão e Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), em 2, e biofeedback, água estéril Intradérmica (ID) e Subcutânea (SC) e *yoga*, em 1 estudo.

Uma descrição das características dos sujeitos da pesquisa (Tabela 2) revelou que, as múltiparas foram incluídas em quatro estudos (57,14%), sendo dois (28,57%) com múltiparas e nulíparas e dois (28,57%) com múltiparas e primíparas. Este resultado vai de acordo com o ensaio clínico de Davim; Torres e Melo (2007), composto por uma amostra de 100 mulheres, onde 76% já eram mães de até 2 filhos, e 24% tinham mais que 3 filhos.

Jones *et al* (2012) abrangeram todas as mulheres em trabalho de parto, inclusive partos de alto risco. Gayeski e Bruggemann (2010) 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.

O método mais empregado para a mensuração da dor foi a Escala Analógica Visual (EVA), citada em 5 estudos (Tabela 2), sendo que em dois o questionário McGill também foi empregado. 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 (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Já a 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 (ARAÚJO *et al*, 2010).

### **5.3 Efeitos dos Métodos Não Farmacológicos avaliados**

As evidências encontradas quanto ao uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto foram expressas na tabela 3.

TABELA 3. Evidências encontradas quanto ao uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto. Picos-PI, 2012.

AUTOR	INTERVENÇÃO	EFICÁCIA
Cluett; Burns 2009	Banho de imersão	A imersão em água durante o primeiro estágio diminui a captação materna pela analgesia epidural/espinal, e imersão em em água durante a primeira fase do trabalho pode ser suporte para as mulheres com baixo risco de complicações.
Burns, <i>et al</i> 2007	Aromaterapia	Não houve diferença no tipo de parto entre os grupos e cada um tinha a mesma proporção de parto vaginal (89%). Da mesma forma, não houve diferença em eventos intrapartos, para além de uma redução ligeira, não significativa, na ruptura artificial de membranas para o GE (43%) em comparação com o GC (50%). Os escores de Apgar não foram diferentes para cada grupo em 1, 5, 10. Houve uma redução da admissão na UTI neonatal do GE. Nulíparas relataram uma redução na percepção da dor após a aromaterapia, 75 antes versus 72 depois. As multíparas registraram nenhuma diferença significativa, 69 antes versus 68 depois.
Jones, <i>et al</i> 2012	Hipnose, biofeedback, água estéril intradérmica ou subcutânea, imersão em água, aromaterapia, técnicas de relaxamento (yoga, música, áudio), acupuntura ou acupressão, métodos manuais, massagem, reflexologia e TENS	<p><b>Imersão-</b> redução da dor na primeira etapa do trabalho e aumento da satisfação com a experiência do parto para aquelas com imersão na segunda fase do trabalho. A PA média foi menor durante o primeiro estágio do parto em mulheres do grupo de imersão em um ensaio, mas não houve evidência de uma diferença significativa entre os grupos.</p> <p><b>Técnicas de relaxamento-</b> a redução da dor, maior satisfação com o alívio da dor e parto foram observados em ensaios individuais de métodos de relaxamento (yoga, respiração) em comparação com o tratamento padrão. No entanto, para outras comparações de métodos de relaxamento (música, áudio-analgesia), não houve evidência de uma diferença significativa para estes mesmos resultados.</p> <p><b>Acupuntura-</b> a redução da dor e maior satisfação com o alívio da dor foi observado em indivíduos que utilizaram cupuntura em comparação com nenhum tratamento ou placebo. No julgamento de uma comparação entre acupuntura e injeção de água estéril mais mulheres no grupo água estéril foram satisfeitas com o alívio da dor. Menos partos vaginais assistidos foram observados em comparações da acupuntura e acupressão com o tratamento padrão ou placebo.</p> <p><b>Massagem-</b> a intensidade da dor foi reduzida no grupo massagem durante a primeira fase do trabalho. Não há evidência suficiente para fazer julgamento sobre se deve ou não fazer uso de hipnose, biofeedback, injeção de água estéril, aromaterapia, TENS e opióides parenterais ou se eles são mais eficazes que o placebo ou outras intervenções para o controle da dor no trabalho de parto.</p>
Smith, <i>et al</i> 2009	Acupressura, acupuntura, aromaterapia, áudio-analgesia, hipnose, massagem, rela-	<p><b>Acupressura-</b> mulheres recebendo acupressura relataram menos ansiedade em comparação com as mulheres do CG.</p> <p><b>Acupuntura-</b> não houve diferença na satisfação materna com o manejo da dor entre acupuntura e GC. O uso de analgésico foi maior no GC; mulheres no GE foram convidadas a preencher uma escala analógica visual, onde o alívio da dor mediana foi de 5, e 89 mulheres também indicou que usariam novamente acupuntura em outro trabalho.</p>

	xamento.	<p><b>Aromaterapia-</b> não houve diferença entre os grupos na McGill escala analógica visual durante o banho ou depois do banho. Não houve benefício da intervenção terapêutica em relação a ocorrência de parto vaginal espontâneo, parto instrumental vaginal ou uma cesariana</p> <p><b>Audio-analgesia-</b> não foi encontrada diferença entre os grupos.</p> <p><b>Hipnose-</b> as mulheres do GE relataram maior satisfação com o alívio da dor do que aquelas do GC. As mulheres do GE utilizaram menos anestesia do que as mulheres do GC. Mais mulheres tiveram um parto vaginal espontâneo no GE do que no GC.</p> <p><b>Massagem-</b> houve uma redução significativa na percepção de dor nas mulheres do GE em comparação com as do GC durante todas as três fases do trabalho de parto.</p> <p><b>Relaxamento-</b> não houve diferença entre os grupos na experiência com a dor, tipo de parto, uso de métodos farmacológicos e escores de Apgar.</p>
Mello; Nóbrega; Lemos, 2011	Estimulação Elé- trica Transcutâ- nea- TENS	Houve evidência limitada sobre a eficácia da TENS como o alívio da dor durante o parto.
Gayeski, Brüggemann, 2010	Banho de imersão, massagem, aroma- terapia	<p><b>Banho de imersão-</b> houve uma redução da taxa de analgesia no GE, em contrapartida há um aumento dessa taxa no grupo que iniciou a intervenção com dilatação inferior a 5cm. Não houve redução no tempo de trabalho de parto. As parturientes do GE relataram um maior satisfação com a experiência de parto. Não foram encontrados diferenças significativas em relação a escala de Apgar.</p> <p><b>Massagem-</b> as parturientes do GE tiveram redução da dor. As parturientes que receberam a intervenção tiveram uma redução da ansiedade na fase latente do trabalho de parto.</p> <p><b>Aromaterapia-</b> 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. Houve uma redução de admissão de bebês do GE na UTI neonatal.</p>
Taghinejad; Del-Pisheh, 2010	Massagem; mú- sica.	12 pacientes do grupo de música (24%) e 5 pacientes do grupo massagem (10%) expressaram a necessidade de algum método de alívio da dor após a intervenção. Mães do grupo de massagem tiveram o menor nível de dor em comparação com as do grupo de música. A diferença mais significativa entre os dois grupos, antes e após a intervenção, foi observada na fase agonizante (dor mais grave) com uma diferença principal de 36,3. Além disso, houve uma diferença significativa entre os dois grupos em termos de intensidade da dor após as intervenções.

### 5.3.1 Massagem

Quatro estudos avaliaram a eficácia da massagem, sendo três RSs 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.

Em Jones *et al* (2012), quatro estudos compararam massagem com cuidados padrão. A intensidade da dor durante a primeira fase do trabalho de parto foi reduzida no grupo massagem (quatro ensaios, 225 mulheres). Nos estudos de Smith *et al* (2009), houve uma redução significativa da dor na percepção das mulheres do grupo de massagem em comparação com o grupo de controle (GC) durante as três fases de trabalho (primeira fase - 0,57, IC 95% -0,84 a -0,29,  $P < 0,001$ ; fase dois -0,43, IC 95% -0,71 a 0,16,  $P < 0,01$ ; fase três -0,7, IC 95% -1,04 a 0,36,  $P < 0,01$ ).

Gayeski e Bruggeman (2010) perceberam que, em todos os 15 ECRCs do seu estudo, as parturientes do grupo experimental (GE) tiveram redução da dor, sendo que em dois estudos a redução foi estatisticamente significativa somente na fase latente do trabalho de parto.

Jones *et al* (2012) foram os únicos que avaliaram o tipo de parto e a admissão na UTI neonatal. Seus estudos não evidenciaram 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.

Segundo o estudo de Smith *et al* (2009) não há diferença na duração do trabalho de parto (WMD 1.35, IC 95% -0,98 a 3,68). Na avaliação de três ECRCs por Gayeski e Bruggeman (2010), dois chegaram a este mesmo resultado e um encontrou uma redução no tempo de trabalho de parto no GE. Apenas Field *et al* encontraram uma redução no tempo de trabalho de parto no GE.

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. Em Smith *et al* (2009) não houve diferença na satisfação com a experiência de parto em geral (ADM -0,47,

95% CI Para -1,07 0,13). Gayeski e Bruggeman (2010) 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.

As reações comportamentais resultantes da dor, o nível de estresse e de ansiedade foi avaliado somente por Gayeski e Bruggeman (2010). Dos dois estudos que analisaram as reações comportamentais, em um 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.

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.

Taghinejad, Delpisheh e Suhrabi (2010) avaliaram a necessidade de analgesia e comparação com a musicoterapia. Cinco pacientes no grupo de massagem terapêutica (10%) expressaram a necessidade de alguns outros métodos de alívio da dor após as intervenções.

Mães no grupo de terapia de massagem tiveram o menor nível de dor, em comparação com aquelas 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 (95% CI: 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.

### 5.3.2 Aromaterapia

A eficácia da aromaterapia foi avaliada por quatro estudos distribuídos da seguinte forma: um ECRC e três RSs. 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 Burns *et al* (2007) 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 (OEs) disponíveis: camomila romana (*Chamaemelum nobile*),

clary sálvia (*Salvia sclarea*), incenso (*Boswellia carteri*), lavanda (*Lavandula augustifolium*) e tangerina (*Citrus reticulata*). Cada OE usado no estudo tinham 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.

Conforme os tipos de parto, nos resultados de Burns *et al* (2007) não houve diferença entre o grupo aromaterapia e de controle, e cada um tinha a mesma proporção de parto vaginal (89%). Assim como Smith *et al* (2009), 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 para 56,25).

Nos estudos de Gayeski e Bruggeman (2010) também 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). Jones *et al* (2012) não evidenciaram diferença significativa entre os grupos (aromaterapia contra tratamento padrão) nos partos vaginais assistidos, ou cesarianas .

Burns *et al* (2007) foram os únicos a avaliar a ocorrência de eventos intraparto sendo que não houve diferenças para além de uma redução ligeira, não significativa, na ruptura artificial de membranas para o grupo aromaterapia (43%) em comparação com os controles (50%)

Segundo o tempo de trabalho de parto Burns *et al* (2007) 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). Gayeski e Bruggeman (2010) não encontraram diferença nos resultados referentes à duração da primeira fase do trabalho de parto (RR= 1.01, 95% CI: 0.83–1.4).

Apenas o estudo de Burns *et al* (2007) avaliou o índice de Apgar, sendo que a média dos escores não foram diferentes para cada grupo em 1, 5 e 10 minutos.

Em relação a admissão dos recém-nascidos na UTI neonatal, Jones *et al* (2012) não evidenciaram diferença significativa entre os grupos na admissão à unidade especial de cuidado do bebê (um estudo, 513 mulheres). Gayeski e Bruggeman (2010) também não encontraram uma redução de admissões de bebês do GE na UTI neonatal (p=0,017). Porém, no estudo Burns *et al* (2007) houve uma redução significativa de admissão na UTI neonatal para crianças do grupo de aromaterapia.

Em Burns *et al* (2007), os dados para auto-avaliação da percepção da dor maternal usando a escala Lickert foram coletadas antes e 30-40 minutos após o recebimento da aromaterapia. Nulíparas relataram uma redução na percepção da dor após a aromaterapia (75 (19 DP) antes versus 72 (18 DP) após a administração). Multíparas registraram nenhuma diferença significativa (69 (SD 19) antes versus 68 (SD 19) após a administração).

Em Jones et al (2012) não havia dados sobre quaisquer resultados de eficácia. Segundo Gayeski e Bruggeman (2010) 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.

Smith et al (2009) foram os únicos a avaliarem o uso de analgésicos em trabalho, não havendo diferença observada entre as mulheres que receberam gengibre ou lemongrass no uso de analgésicos (RR 2,50, IC 95% 0,31-20,45).

### 5.3.3 Banho de imersão

A intervenção banho de imersão foi analisada em três estudos, todos Revisões Sistemática. Eles avaliaram a necessidade de analgésicos, intensidade da dor, satisfação com o método, valores da PA, tempo do trabalho de parto, tipo de parto, admissão na UTI neonatal e escore de Apgar.

A revisão de Cluett e Burns (2009) mostrou que a imersão em água durante o trabalho 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 haviam nenhuma evidência clara para sustentar ou para não apoiar a decisão de uma mulher de dar à luz na água.

Gayeski e Bruggeman (2010) analisaram esta variável em dois estudos, sendo que em um houve redução da taxa de analgesia no GE (OR=0.71; IC95%: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).

Quanto à intensidade da dor, Cluett e Burns (2009) constataram uma experiência de dor moderada a grave. Ensaios individuais de Jones et al (2012) comparando a imersão em água durante a primeira etapa do trabalho sem imersão ou tratamento padrão, sugeriu 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 significativa entre os grupos para a intensidade da dor (ensaios, 141 mulheres).

Com relação à satisfação com o método, as parturientes do estudo de Cluett e Burns (2009) revelaram o desejo de usar a água para um trabalho subsequente. Ensaios individuais em Jones et al (2012) segerem um aumento na satisfação com a experiência de parto para o grupo em que a imersão ocorreu durante a segunda fase do trabalho (um estudo, 117 mulheres).

Os resultados de Gayeski e Bruggeman (2010) foram avaliados em três estudos. Em um deles, a experiência global e a satisfação materna com o parto foram maiores no GC ( $p=0,05$ ), destacando-se que nesse estudo os resultados neonatais foram negativos. Em dois, as parturientes do GE relataram uma maior satisfação com a experiência de parto, sendo que em um 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).

Houve uma redução na pressão sanguínea na RS de Cluett e Burns (2009), todos os quais foram medidos em um ensaio. No entanto, estas conclusões precisam de ser considerados no contexto de amostras de pequenas dimensões, sendo que apenas dois ensaios alcançado um tamanho de amostra total maior do que 300. Em Jones et al (2012), 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 de uma diferença significativa entre os grupos para qualquer outro dos resultados de segurança.

Gayeski e Bruggeman (2010) foram os únicos a avaliarem o tempo do trabalho de parto, tipo de parto, admissão na UTI neonatal 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 ( $p=0.003$ ) e em outro foi mais longo para o grupo que iniciou o banho antes dos 5 cm de dilatação ( $p<0.004$ ).

Embora não tenha havido redução nas taxas de cesariana ou de parto operatório ( fórceps e vácuo) em nenhum dos estudos, em um, em que as parturientes do GC foram submetidas ao banho de imersão e as do GE ao banho de imersão com hidromassagem, a taxa de cesariana foi menor em ambos os grupos (8,9%), quando comparada à taxa habitual da instituição (16,6%).

Em dois estudos, os quais não tiveram critérios rígidos em relação a esses aspectos, os resultados neonatais foram negativos. No primeiro a admissão dos recém-nascidos do GE na UTIN foi significativamente maior ( $p=0,013$ ) e no segundo os recém-nascidos do GE

necessitaram de mais reanimação cardiorrespiratória do que os do GC (RR=1.41; IC95%: 1.06-1.89; p=0,01).

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.

### **5.3.4 Música**

A musicoterapia ou áudio-analgésia foram avaliados em três estudos: duas Revisões Sistemáticas e um Ensaio Clínico Controlado Randomizado, 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.

Para Jones et al (2012) não houve evidência de uma diferença significativa na redução da dor (dois ensaios, 74 mulheres, um julgamento de 66 mulheres).

Jones et al (2012) e Smith et al (2009) analisaram a satisfação. Para o primeiro, não houve satisfação com o alívio da dor (um estudo, 40 mulheres, um julgamento 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, 95% CI 0,82-4,89 (24 mulheres).

Quanto ao tipo de parto, em Jones et al (2012) menos partos vaginais assistidos foram observadas em dois estudos comparando música com o tratamento padrão (dois ensaios, 86 mulheres), mas nenhuma evidência de uma diferença significativa foi observada em um estudo conjunto da mesma comparação (um estudo, 904 mulheres).

No estudo de Smith et al (2009) 12 pacientes do grupo de música (24%) expressaram a necessidade de alguns métodos de alívio da dor após as intervenções.

Taghinejad, Delpisheh e Suhrabi (2010) compararam a música com a massagem. 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 (95% CI: 13,6-41,4, p = 0,001).

### **5.3.5 Acupuntura, Acupressão, Hipnose, Eletroestimulação Transcutânea**

Estes métodos foram analisados em três Revisões Sistemáticas. As quatro intervenções foram analisadas em uma mesma RS. Acupuntura, acupressão e hipnose em outra RS e TENS em uma terceira. 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.

Para Jones et al (2012) a redução da dor (um estudo, 120 mulheres) e maior satisfação com o alívio da dor (um estudo, 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.

Jones et al (2012) não encontrou nenhuma evidência de uma diferença significativa entre a hipnose e/ou nenhum cuidado, hipnose e/ou cuidado padrão, ou um tipo diferente da hipnose para todos os resultados de eficácia analisadas (satisfação com o alívio da dor; satisfação com a experiência de parto).

Em dois estudos de Jones et al (2012), 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 diferenças significativas observadas 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 com o alívio da dor (cinco ensaios, 452 mulheres).

Segundo Smith et al (2009), mulheres recebendo acupressura relataram menos ansiedade em comparação com as mulheres no grupo controle (75 mulheres) (ADM -1,40, IC 95% -2,51 a 0,29). Em um estudo, não 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 da intensidade da dor (WMD -0,20, IC 95% - 0,80-0,40) entre os grupos. .

Mulheres no grupo de tratamento foram convidados a preencher uma escala visual analógica (Escala não informou), o alívio da dor mediana indicada foi de 5, e 89 mulheres também indicou que usariam novamente a acupuntura em outro trabalho.

A revisão sistemática de Mello, Nóbrega e Lemos (2011) foi inconclusiva quanto ao efeito da TENS no controle da dor durante o trabalho, em comparação ao grupo placebo desde baixa qualidade metodológica foi encontrado na maioria dos estudos incluídos.

De acordo com Jones et al (2012) menos partos vaginais assistidos (três ensaios, as mulheres 704) e cesarianas (um estudo, 120 mulheres) foram observados em comparações da acupuntura e acupressão com o tratamento padrão ou placebo. Não houve evidência de uma diferença significativa entre partos vaginais assistidos (três ensaios, 414women) e cesarianas (três ensaios, 867 mulheres);

Em Smith et al (2009) não houve diferença na ocorrência de um 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).

Não houve evidência de uma diferença significativa no número de admissões para o tratamento intensivo na UTI neonatal (dois estudos, 345 mulheres), no estudo de Jones et al (2012), para o grupo acupuntura. Ademais, não evidenciaram uma diferença significativa no escore de Apgar em cinco e sete minutos (um estudo, 305 mulheres).

No julgamento de Jones et al (2012) a comparação de acupuntura com injeção de água estéril, mais mulheres no grupo água estéril foram beneficiadas com o alívio da dor (um estudo, 128 mulheres). Nas demais comparações de acupuntura ou acupressão, não houve evidência de uma diferença significativa nos nascimentos por parto vaginal (um estudo, 208 mulheres; um estudo 163 mulheres, um estudo, 222 mulheres) ou cesariano (três ensaios, 448 mulheres, dois ensaios, Mulheres 506).

O uso de analgésicos foi maior no grupo controle (RR 0,70, 95% IC 0,49 a 1,00) no estudo de Smith et al (2009). Em um dos seus estudos, eles concluíram que mulheres no grupo da acupuntura usaram menos métodos farmacológico em relação às mulheres do grupo controle (RR 0,81, 95% CI 0,69-0,96). Outro relatou que mulheres do grupo acupuntura (43%), recebeu nenhum analgésico adicional em comparação com 34 mulheres (72%) no grupo controle (RR 0,56, 95% CI 0,39-0,81).

### **5.3.6 Biofeedback, Água estéril intradérmica ou subcutânea, Yoga**

Esses métodos complementares foram todos avaliados na Revisão de Jones et al (2012). As suas variáveis foram: intensidade da dor, satisfação com o alívio da dor e parto, tipo de parto.

A redução da dor (dois ensaios, 74 mulheres, um julgamento de 66 mulheres) foi observada em ensaios individuais de métodos de relaxamento (*yoga*) em comparação com o tratamento padrão. Na comparação água estéril versus placebo, os dados não tinham um formato adequado para análise.

Na revisão não-Cochrane, na comparação com placebo ou outros grupos de intervenção, houve uma redução significativa na pontuação da dor EVA no grupo de água estéril em três diferentes pontos de tempo. No entanto, substancial heterogeneidade foi evidente dentro de cada uma destas análises.

Maior satisfação com o alívio da dor (um estudo, 40 mulheres, um julgamento 66 mulheres) e parto (um estudo, 66 mulheres) foram observados em ensaios individuais da *yoga* em comparação com o tratamento padrão. A satisfação com a experiência de parto não foi relatada.

Não houve evidência de uma diferença significativa entre biofeedback e tratamento padrão para o parto vaginal assistido (dois estudos, 103 mulheres) ou cesariana (dois estudos, 103 mulheres), assim como no nascimento de parto vaginal (seis ensaios, 666 mulheres) ou cesárea (sete ensaios, 766 mulheres) entre a água estéril e grupo placebo. Na análise não-Cochrane, uma redução significativa foi observada em cesarianas no grupo água estéril. Nenhum outro dado sobre resultados de eficácia ou segurança foi relatado.

## 6 CONCLUSÃO

A análise dos estudos evidenciou que a massagem, aromaterapia, banho de imersão, acupuntura e acupressão são eficazes métodos para aliviar a dor no trabalho de parto, pois além de diminuir 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 *yoga* parece ser uma alternativa complementar eficaz para o alívio da dor de parto, porém os resultados aqui encontrados são ineficazes para se assegurar a sua utilização, necessitando mais estudos sobre essa intervenção.

Os resultados sobre a hipnose, biofeedback e água estéril ID ou SC foram inconclusivos, sendo necessária a realização de ensaios clínicos controlados bem delineados, a fim de que a eficácia dessas estratégias seja averiguada.

Outro aspecto interessante é o referente à necessidade de analgésicos para aliviar a dor. A massagem, aromaterapia e musicoterapia compuseram as intervenções onde as parturientes não relataram tal necessidade, 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.

Apesar do uso crescente de terapias complementares, há uma falta de ECRC bem delineados para avaliar a eficácia de muitas dessas terapias para controle da dor em trabalho de parto. Poucas terapias complementares têm sido submetidas a rigorosos estudos científicos.

Acredita-se que resultados positivos à aplicação das estratégias não farmacológicas durante o trabalho de parto podem ser intensificados se estas forem associadas entre si, de maneira complementar.

Percebe-se uma 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 outras pesquisas clínicas, principalmente na Enfermagem, que focalizem o uso dessas e outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parto, visando ações humanizadas na assistência à parturiente.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L.G., *et al.* Pain Locus of control scale: adaptation and reliability for elderly. **Rev Bras Fisioter.**, v.14, n.5, p.438-45, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF, 2002. Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto\\_cesareo\\_sinasc.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_cesareo_sinasc.pdf)>. Acesso em: 01 de setembro de 2011.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. - Reimpressão.- Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.
- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 1967. Disponível em:<: <http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em : 01 de setembro de 2011.
- BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n. 2, p. 283-90, 2010.
- BURNS, E. *et al.* Aromatherapy in childbirth: a pilot randomized controlled trial. **BJOG**. v.7, n.114, p. 838-44, 2007.
- CLUETT, E.R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 2, 2009.
- CULLUM, N. *et al.* Enfermagem baseada em evidências: uma introdução; tradução: Ana Thorell.- Porto Alegre: **Artmed**, 2010. 382p.
- DAVIM, R.M.B; TORRES, G.V; MELO, E.S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.6, p. 1-7, 2007.
- GAYESKI, M.E.; BRUGGEMANN, O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.4, p.774-82, 2010.

GALLO, R.B.S. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA**, v.39, n.1, p.42-48, 2011.

JONES L. *et al.* Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 3, 2012.

LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão Sistemática de Literatura e Metassíntese Qualitativa: Considerações sobre sua Aplicação na Pesquisa em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, n.4, v.17, p.771-8, 2008.

MACEDO, P.O. *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.2, p.341-7, 2008.

MELLO, L.F.D, NÓBREGA, L.F., LEMOS, A. Estimulação Elétrica Transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.3, n.15, p.175-84, 2011.

MORAES, M.S.T. *et al.* Aplicabilidade de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor em parturientes: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 4(spe), p.131-36, 2010.

NASCIMENTO, N.M. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery (imp)**, v.14, n.3, p.456-461, 2010.

NUNES, S.; VARGENS, O.M.C. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. **R Enferm UERJ**, v.15, n.3, p.337-42, 2007.

PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v.38, n.10, 2010.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (PUBMED), 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>. Acesso em: 01 de setembro de 2011.

SESCATO, A.C; SOUZA, S.R.R.K.; WALL, M.L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.4 p.585-90, 2008.

SILVA, L.M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. Vivenciando as experiências da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.1, p.60-5, 2011.

\_\_\_\_\_. *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.5, p.656-62, 2011.

SMITH, C.A. *et al.* Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 4, 2006.

TAGHINEJAD, H.; DELPISHEH, A.; SUHRABI, Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. **Women's Health.**, v.6, n.3, p.377, 2010.

VARGENS, O.M.C; PROGIANTI, J.M; SILVEIRA, A.C.F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.339-46, 2008.

**ANEXOS**

## ANEXO A- Instrumento adaptado dos estudos de Ursi (2005)

1. IDENTIFICAÇÃO		
Título do artigo		
Título do Periódico		
Autores	1. Nome: _____ Profissão: ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Outro: _____	
	2. Nome: _____ Profissão: ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Outro: _____	
	3. Nome: _____ Profissão: ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Outro: _____	
	4. Nome: _____ Profissão: ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Outro: _____	
	5. Nome: _____ Profissão: ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Outro: _____	
	6. Nome: _____ Profissão: ( )Enfermeiro ( )Médico ( )Outro: _____	
País		
Idioma		
Ano de Publicação		
2. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO		
Hospital	Centro de pesquisa	Instituição única
Universidade	Pesquisa Multicêntrica	Outras instituições
3. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA		
Publicação Médica	Publicação de Enfermagem	Publicação de outras áreas
QUALIS:	QUALIS:	QUALIS:
4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO		
Objetivo ou questão norteadora		

Hipóteses:	
Tipo de publicação	( ) Revisão Sistemática ( ) ECRC. Escore de Jadad? _____
Amostra	<p>Realizou cálculo da amostra: ( ) sim ( ) Não</p> <p>Tamanho: Inicial (pacientes elegíveis) _____ Total de perdas: _____ Amostra Final Total: _____</p> <p>Amostra do Grupo Controle: _____ Amostra do Grupo Experimental: _____</p> <p>Seleção: ( ) randômica ( ) outra: _____. Critério p/randomização.: _____</p> <p>Características da amostra: idade: _____ Raça: _____ Nacionalidade: _____</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Tratamento dos Dados (Software estatístico)	
Intervenções Realizadas/Coleta de Dados	<p>Variável Independente (intervenção):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Variável Dependente:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tempo de acompanhamento das pacientes: _____</p> <p>Métodos empregados para mensuração da dor: _____</p> <p>_____</p> <p>Os questionários/escalas utilizados foram validados? ( ) sim ( ) não</p> <p>Em que momento os instrumentos eram aplicados?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Resultados	

Análise	<p>Testes utilizados:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nível de significância: _____ Poder: _____</p>
Implicações	<p>Os autores justificam os resultados relacionados à avaliação da dor?</p> <p>_____</p> <p>Quais são as recomendações dos autores: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Nível de evidência (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005)	<p>Nível 1 ( ) revisão sistemática ou metanálise    Nível 2 ( ) ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3 ( ) ensaios clínicos bem delineados sem randomização;</p>
<b>5. AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO</b>	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto ( método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

## ANEXO B- Jadad Scoring System

<b>JADAD SCALE ITEMS</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Was the study described as randomised (this includes the use of words such as randomly, random and randomisation)?	<b>+1</b>	<b>0</b>
The method to generate the sequence of randomisation was described and it was appropriate (table of random numbers, computer generated, etc).	<b>+1</b>	<b>0</b>
The method to generate the sequence of randomisation was described and it was inappropriate (patients were allocated alternately, or according to date of birth, hospital number, etc).	<b>-1</b>	<b>0</b>
Was the study described as double blind?	<b>+1</b>	<b>0</b>
The method of double blinding was described and it was appropriate (identical placebo, active placebo, dummy, etc).	<b>+1</b>	<b>0</b>
The study was described as double blind but the method of blinding was inappropriate (e.g., comparison of tablet vs. injection with no double dummy).	<b>+1</b>	<b>0</b>
Was there a description of withdrawals and dropouts?	<b>+1</b>	<b>0</b>