

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA

NON-PHARMACOLOGICAL METHODS FOR PAIN RELIEF DURING LABOR: INTEGRATIVE REVIEW

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DURANTE EL PARTO: REVISIÓN INTEGRADORA

Reginaldo Roque Mafetoni¹
Antonieta Keiko Kakuda Shimo²

¹ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do RN. Campinas, SP – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Unicamp. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do RN. Campinas, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Reginaldo Roque Mafetoni. E-mail: rmafetoni@ig.com.br

Submetido em: 03/04/2012

Aprovado em: 11/04/2014

RESUMO

A presente revisão integrativa objetivou a busca de evidências disponíveis na literatura que abordem os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto por meio de pesquisa nas bases de dados LILACS, SCIELO, BDNF e PUBMED. Na literatura levantada incluem-se 19 estudos publicados entre os anos de 2003 e 2013, que avaliaram: a eletroestimulação transcutânea, a técnica de exercício respiratório, a deambulação ou mudança de posição, a massagem, o relaxamento muscular, a hidroterapia, a crioterapia e a assistência da doula. Os resultados demonstraram que o uso da eletroestimulação transcutânea é mais recorrente no período referente ao início da primeira fase do trabalho de parto; outros métodos associados (massagem lombossacral, exercício respiratório e relaxamento), a hidroterapia e a crioterapia propiciaram, por seu turno, a redução dos escores de dor na fase ativa; enquanto que a presença da doula foi considerada importante para a transmissão de segurança e confiança às parturientes. Assim, tais métodos conduzem para a conclusão de que valorizar a liberdade da mulher, oferecendo-lhe alternativas e medidas de conforto, é uma importante via na assistência à parturiente em seu trabalho de parto.

Palavras-chave: Trabalho de Parto; Dor do Parto; Terapias Complementares; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

This integrative review aimed to search available evidences on literature about non-pharmacological methods for pain relief during labor. The database used were LILACS, SCIELO, BDNF e PUBMED. Among the reviewed literature, 19 studies published between 2003 and 2013 were included and evaluated: percutaneous electrical stimulation, breathing exercise technique, walking or changing position, massage, muscular relaxation, hydrotherapy, cryotherapy and doula assistance. The results showed that the use of percutaneous electrical stimulation is more frequent during beginning of the first phase of labor; other associated methods (lumbosacral massage, breathing exercise and relaxation), hydrotherapy and cryotherapy propitiated the reduction of pain scores in the active phase; doula participation was also considered important for transmitting security and confidence to the parturient. Thus, these methods bring to the conclusion that valuing women's freedom, offering alternatives and comfort measures, is an important way on assisting the parturient during labor.

Keywords: Labor, Obstetric; Labor Pain; Complementary Therapies; Obstetrical Nursing.

RESUMEN

Se trata de una revisión integradora que busca evidencias disponibles en la literatura que enfoca métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto a través de la búsqueda en las bases de datos LILACS, SCIELO, BDNF y PubMed. En la literatura explorada se seleccionaron 19 estudios publicados entre 2003 y 2013 que evaluaron la electroestimulación transcutánea, la técnica de respiración, la deambulación o cambio de posición, el masaje, la relajación muscular, la hidroterapia, la crioterapia y la asistencia de la matrona. Los resultados mostraron que el uso de la electroestimulación transcutánea es más común al principio del trabajo de parto; otros métodos asociados (masaje lumbosacra, ejercicios de respiración y relajación), hidroterapia y crioterapia también redujeron las puntadas de dolor en la etapa activa. La presencia de la matrona fue considerada importante por transmitir seguridad y confianza a las parturientas. Así, estos métodos nos indican que es importante ofrecerles alternativas y opciones de comodidad a las parturientas durante el trabajo de parto, siempre valorando la libertad de la mujer.

Palabras clave: Trabajo de Parto; Dolor de Parto; Terapias Complementarias; Enfermería Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O parto é considerado um fenômeno natural, porém tem sido demonstrado que a dor que o acompanha é uma experiência subjetiva e complexa que varia de indivíduo para indivíduo. A mulher parturiente não deve, portanto, ser censurada pelo seu despreparo no trabalho de parto (TP) e no parto, visto que cada uma vivencia esse momento de maneira distinta, o que deve conduzir os profissionais a respeitar sua individualidade, devendo essa conduta integrar as ações de assistência estabelecidas nas instituições que oferecem esse atendimento.

A dor durante a evolução do TP é um sintoma comum na etapa que antecede o parto e, diferentemente de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, essa dor não está associada à doença, mas ao ciclo reprodutivo da mulher. Suas características podem envolver, então, aspectos biológicos, culturais, socioeconômicos e de caráter emocional.¹ Cabe ao enfermeiro obstétrico e aos demais profissionais que atuam na assistência ao parto promoverem, portanto, cuidados a fim de diminuir os estressores e possíveis despreparos enfrentados pela mulher no TP, colocando à sua disposição informações e estratégias que lhe tragam a segurança e o conforto necessários.

Os métodos não farmacológicos (MNFs), incentivados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em suas recomendações para o atendimento ao parto normal que os classifica como “condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas”,² são estratégias utilizadas no TP para aumentar a tolerância à dor. De acordo com a classificação de Merhy e Onocko,³ tais métodos podem ser classificados como tecnologia leve-dura e se referem aos saberes profissionais estruturados como a clínica, a epidemiologia, entre outras áreas, podendo ser organizados de acordo com sua atuação no processo de trabalho.

Procurando fundamentar o uso de MNFs na assistência do enfermeiro obstétrico e demais profissionais envolvidos no atendimento a gestantes, e ansiando por contribuir com a humanização dessa etapa, propomos a buscar as evidências científicas sobre os seus usos para o alívio da dor do TP por meio de alternativas avaliadas de acordo com a literatura disponível.

MÉTODO

A pesquisa é do tipo revisão integrativa,⁴ a qual tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema, de forma sistemática e ordenada, sendo um instrumento para o aprofundamento do conhecimento, permitindo a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo.

Para guiar esta revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora: “quais são as evidências científicas sobre o uso dos MNFs durante o trabalho de parto para o alívio da dor?”

O levantamento bibliográfico realizado deu-se por meio do acesso às bases eletrônicas de dados da LILACS, SCIELO,

BDEF e PUBMED. A busca dos artigos realizou-se no Programa de Acesso à Informação Eletrônica e do Portal de Periódicos Capes, no sistema de busca da Biblioteca Eletrônica de uma universidade do estado de São Paulo. No caso da base de dados PUBMED, tal busca deu-se por meio do modo “with full text”. Foram usados os descritores do DECS e o operador *booleano AND*, resultando nas seguintes combinações: “trabalho de parto and dor do parto” e “trabalho de parto and terapias complementares”, utilizados nos idiomas português, inglês e espanhol.

Assim, foram incluídos os artigos em línguas portuguesa, inglesa e espanhola, publicados no período de agosto de 2003 a agosto de 2013, que descrevem o uso dos MNFs para o alívio da dor no TP a partir da leitura de seus títulos e resumos, quando disponíveis. Excluíram-se os artigos de revisão, atualização e relatos de experiência.

A coleta de informações deu-se por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores e aplicado para cada artigo da amostra final desta revisão. O instrumento apresentou as seguintes informações: registro do título, ano, revista, base de dados, autores, identificação do profissional que aplicou o tratamento, local do estudo, método, características da amostra, MNFs estudados, principais resultados encontrados, conclusão e nível de evidência científica. O nível de evidências dos estudos foi atribuído com base na classificação proposta por estudiosos⁵ da Enfermagem que elaboraram uma classificação hierárquica da qualidade das evidências para a avaliação de pesquisas e/ou outras fontes de informação.

A apresentação dos resultados e a discussão geral sobre os MNFs foram feitas de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, visando atingir o objetivo deste estudo.

RESULTADOS

A busca bibliográfica, realizada em setembro de 2013, resultou na amostra final desta revisão integrativa, constituída por 19 artigos (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de artigos encontrados segundo bases de dados e critérios para seleção - Campinas, 2013

	LILACS	SCIELO	BDEF	PUBMED	Total
Produção encontrada	101	44	36	192	373
Não aborda a temática do estudo	59	27	15	178	279
Não utilizou MNFs	14	3	8	2	27
Estudos de revisão	9	3	1	4	17
Repetidos	3	10	11	5	29
Não disponível na íntegra	1	0	1	0	2
Total selecionado	15	1	0	3	19

Os estudos selecionados provêm, sobretudo, de periódicos de Enfermagem (9/19 - 47,5%), seguidos por periódicos específicos de Obstetrícia (6/19 - 31,5%) e de dor (6/19 - 31%). O profissional de enfermagem destaca-se, entre outras profissões, tanto na produção de estudos como na aplicação dos MNFs (9/19 - 47,5%). Convém observar também que a maioria das publicações encontradas é de origem brasileira (Tabela 2).

Os resultados das publicações foram descritos a partir do agrupamento dos MNFs com os estudos relacionados entre si, visando a melhor organização e discussão das informações. A Escala Analógica e Visual (EAV) para avaliação da dor, graduada de zero a 10, na qual zero representa ausência de dor e 10 a dor insuportável, foi utilizada em quase todos os estudos que, em alguns casos, apresentavam a avaliação de mais de um MNF.

ELETROESTIMULAÇÃO TRANSCUTÂNEA (EET)

Foram incluídos quatro estudos^{6,8,16,22} que aplicaram a EET durante o TP para o alívio da dor. O primeiro deles, um ensaio controlado e randomizado (ECR)⁶, avaliou 22 parturientes, sendo 11 destas alocadas no grupo-controle (GC) sem EET. Os valores pontuados pela EAV nos dois grupos não apresentaram diferenças durante todo o TP, embora o tempo decorrido entre a avaliação da dor e a necessidade da anestesia combi-

nada (raquianestesia + anestesia peridural) tenha se mostrado significativamente maior no grupo EET (90 minutos) *versus* GC (30 minutos) $p=0,04$.

Outro ECR⁸ dividiu, por sua vez, 60 parturientes em três grupos, sendo um deles o placebo. O primeiro braço desse estudo utilizou eletrodo tipo placa que, em apenas 10 minutos do tratamento, propiciou o alívio da dor em oito de 20 parturientes ($p=0,04$); o segundo braço, com eletrodos do modelo *Silver Spike Point (SSP)*, mostrou que as respostas de redução da dor foram significativas em todas as avaliações (com 10, 30, 60 e 120 minutos), mantendo a intensidade da EET ajustada individualmente para cada mulher. O grupo placebo recebeu eletrodos falsos com estímulo elétrico mínimo. Em geral, mais da metade das mulheres que recebem tratamento real referiu algum alívio da dor em comparação ao placebo.

O terceiro ECR selecionado¹⁶ avaliou 100 participantes com dilatação cervical ≤ 5 cm, sendo que no Grupo Experimental (GE) a EET manteve-se entre 10 e 18 miliampères (mA), enquanto que no grupo placebo a intensidade foi inferior a 5 mA. A pontuação média da dor referida pela EAV foi menor no GE (4,5) quando comparado ao placebo (7,0), $p<0,001$ aos 30 minutos e com 60 minutos no GE (6,0) *versus* placebo (7,5), $p<0,001$. Os valores $\leq 3,0$ pontos da EAV entre os grupos foram diferentes após o tratamento (GE 62% *versus* placebo 14%), $p<0,001$.

Tabela 2 - Características dos estudos selecionados – Campinas, 2013

Autores	Revista	Ano	Banco de dados	Profissional	Local de estudo
Orange <i>et al.</i> ⁶	Rev Bras Ginecol Obstet.	2003	Lilacs	Médico Anestesiologista	Pernambuco, Brasil
Almeida <i>et al.</i> ⁷	Rev Enferm. UERJ	2004	Lilacs	Profissional de Enfermagem	Goiás, Brasil
Knobel <i>et al.</i> ⁸	Texto Contexto Enferm	2005	Lilacs	Médico Obstetra	Santa Catarina, Brasil
Almeida <i>et al.</i> ⁹	Rev Latino-am Enfermagem	2005	Lilacs	Enfermeiro	Goiás, Brasil
Bio <i>et al.</i> ¹⁰	Revista Bras de Ginecol e Obst.	2006	SciELO	Fisioterapeuta	São Paulo, Brasil
Davim <i>et al.</i> ¹¹	Rev Latino-am Enfermagem	2007	Lilacs	Enfermeiro	Rio Grande do Norte, Brasil
Mamede <i>et al.</i> ¹²	Rev Latino-am Enfermagem	2007	Lilacs	Enfermeiro	São Paulo, Brasil
Nunes <i>et al.</i> ¹³	Rev Enferm. UERJ	2007	Lilacs	Enfermeiro Obstétrico	Rio de Janeiro, Brasil
Santos <i>et al.</i> ¹⁴	REME Rev Min Enferm	2007	Lilacs	Enfermeiro e Acompanhante	Minas Gerais, Brasil
Böing <i>et al.</i> ¹⁵	Femina	2007	Lilacs	Fisioterapeuta	Santa Catarina, Brasil
Chao <i>et al.</i> ¹⁶	Pain	2007	Pubmed	Enfermeiro	Taoyuan, Taiwan
Pugin P. <i>et al.</i> ¹⁷	Rev Chil Obstet	2008	Lilacs	Doula	Santiago, Chile
Kimber <i>et al.</i> ¹⁸	Eur J Pain	2008	Pubmed	Midwife e Acompanhante	Oxfordshire, Reino Unido
Davim <i>et al.</i> ¹⁹	Rev Esc Enferm USP	2009	Lilacs	Enfermeiro	Rio Grande do Norte, Brasil
Miquelutti <i>et al.</i> ²⁰	Rev Bras Saúde Mater Infant.	2009	Lilacs	Multiprofissional	São Paulo, Brasil
Chaichian <i>et al.</i> ²¹	Arch of Iranian Med	2009	Pubmed	Médico Obstetra	Teerã, Irã
Abreu <i>et al.</i> ²²	Rev Dor	2010	Lilacs	Fisioterapeuta	Piauí, Brasil
Wei <i>et al.</i> ²³	Texto Contexto Enferm	2011	Lilacs	Enfermeiro	São Paulo, Brasil
Santana <i>et al.</i> ²⁴	Rev Dor	2013	Lilacs	Fisioterapeuta	São Paulo, Brasil

Por fim, na EET avaliada em outro ECR²², em que se alocaram 10 gestantes por grupo, o GE recebeu estímulo convencional, estando prevista a produção de uma parestesia bem perceptível, porém sem contração muscular. Nos resultados apresentados o GE reduziu o escore de dor ($8,9 \pm 1,3$ antes do tratamento *versus* $6,88 \pm 2,3$ após), já o placebo aumentou a pontuação de dor nesses intervalos ($8,1 \pm 1,0$ antes do tratamento *versus* $8,88 \pm 1,0$ após), $p=0,022$.

EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO

A técnica de exercício respiratório foi avaliada em quatro estudos^{7,9,14,15}, sendo que em três deles se deu sua associação com o relaxamento muscular nos intervalos das contrações.^{7,9,14} Na descrição de seus resultados, os autores de um dos estudos⁷, empreendido com 19 mulheres na fase ativa do TP (dilatação ≥ 4 cm), citaram que em 47,4% da sua amostra a respiração propiciou alívio da dor, enquanto que 53,9% relataram que o relaxamento muscular proporcionou tranquilidade e o aumento da tolerância à dor foi descrito por apenas 23,53% das participantes. Outro⁹ não apresentou diferenças significativas entre os grupos avaliados para a técnica de respiração associada ao relaxamento muscular durante todo o TP e de acordo com as pontuações de intensidade de dor da EAV entre as 36 participantes.

Em estudo de casos,¹⁴ as mulheres, orientadas sobre o processo de parturição e sobre as técnicas de respiração e relaxamento muscular durante o pré-natal por meio de uma abordagem psicossomática, foram submetidas a entrevistas para a investigação das experiências vividas durante o TP e o parto. O estudo concluiu que houve positiva interação entre ambas as partes (profissional *versus* paciente), proporcionando alto nível de informação e autoconfiança, além de diminuir o medo da dor evidenciado em algumas falas.

A técnica de respiração isolada foi orientada às parturientes somente em um dos estudos incluídos nesta revisão.¹⁵ Em seus resultados, a pontuação média da dor pela EAV nas participantes que praticaram a técnica de respiração supervisionada foi de dois (suave) aos 3 cm de dilatação cervical, aumentando até alcançar pontuação sete (entre moderada e intensa) aos 9 cm de dilatação. Em contrapartida, no GC, aos 3 cm a pontuação era cinco (entre moderada e intensa) e aos 5 cm de dilatação cervical esse grupo se referia à pontuação 10 (dor muito intensa), mantendo este valor até a última avaliação com 9 cm de dilatação.

DEAMBULAÇÃO OU MUDANÇA DE POSIÇÃO

A mobilidade das parturientes durante a fase ativa do TP, com dilatação cervical ≥ 4 cm, foi avaliada em um ECR¹⁰ por meio da orientação para que as participantes mantivessem posições verticais e em movimento. Observou-se que no GE nenhuma ges-

tante fez uso de analgésicos durante a fase ativa, ao passo que, no GC (tratamento usual da unidade), 31 parturientes (62%) necessitaram de meperidina ($p<0,001$). Todas as gestantes do GC ($n=50$) neste estudo fizeram uso de algum tipo de anestesia, enquanto no GE ($n=6$) 12% não necessitaram desse recurso ($p<0,05$).

Outro estudo¹² descreveu que, aos 5 cm de dilatação cervical, 75 parturientes haviam percorrido, em média, 993,7 metros, com escore de dor 6,7 pontuado pela EAV. Aos 6 cm de dilatação cervical a média do percurso foi de 1.347,3 metros e o escore de dor 7,4 e com 7 e 8 cm o trajeto ficou em 1.471,8 e 1.441,4 metros com escore de dor em 8,2 e 8,7, respectivamente.

O terceiro estudo²⁰ dessa categoria, envolvendo 107 participantes, demonstrou que aos 4 cm de dilatação as mulheres que apresentaram escore de dor $< 5,0$ permaneceram 41% do tempo do TP na posição vertical, em comparação ao GC, no qual pontuaram escore $> 7,0$ pela EAV e permaneceram nessa posição por quase 21% do tempo ($p=0,02$). O período de mais satisfação em manter a posição vertical ocorreu aos 4 e 6 cm de dilatação cervical, com mais de 50% do tempo nessa posição, aos 8 cm, porém a maioria das parturientes havia recebido algum tipo de analgésico.

A experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação durante o TP foram obtidas por meio de uma abordagem qualitativa²³ na qual os dados coletados compreenderam entrevistas com 35 mulheres que tiveram filhos de parto vaginal. Os resultados revelam que, para mais da metade das entrevistadas, a movimentação e a deambulação são benéficas e contribuem para o alívio da dor ao retirarem o foco de atenção da mulher na dor ao possibilitar, por exemplo, sua ida ao chuveiro para o banho de ducha, melhorando a progressão do parto. Entretanto, para outras entrevistadas, há a dificuldade para fazer força na posição vertical por ocasião das contrações e da insegurança devido ao medo de o recém-nascido nascer e acidentar-se ao cair no chão.

MASSAGEM

Três estudos avaliaram a técnica de massagem em gestantes durante o TP.^{11,18,19} Destes, dois são pesquisas de braço único^{11,19} e combinaram a massagem lombossacral ao exercício respiratório com relaxamento muscular e o terceiro¹⁸ associou a técnica somente ao relaxamento muscular entre as contrações.

A partir da constatação de que os MNFs associados (massagem lombossacral, exercício respiratório e relaxamento muscular) foram efetivos nos três momentos de avaliação realizados com 6, 8 e 9 cm de dilatação cervical¹¹, outra investigação¹⁹ obteve resultado semelhante na média de intensidade da dor por meio da EAV ($6,4-9,1-9,9$ antes dos MNFs associados *versus* $4,4-7,0-8,0$ após), mensurando-as aos 6, 8 e 9 cm de dilatação cervical, respectivamente, $p<0,001$.

O terceiro estudo dessa categoria trata-se de um ECR¹⁸ que associou a técnica de massagem ao relaxamento muscular no GE, utilizando música-ambiente e relaxamento muscular no grupo placebo e mantendo o tratamento usual da unidade obstétrica no GC, com 30 parturientes em cada grupo. Em seus resultados descreve ter encontrado menos tendência nos escores de dor no GE que, porém, não foi estatisticamente significativa.

HIDROTERAPIA

O banho de chuveiro foi avaliado em dois estudos de braço único^{11,19} e em ambos a água foi oferecida em temperatura ambiente e o tempo da ducha permaneceu a critério das participantes avaliadas, posteriormente, por meio da EAV.

O primeiro estudo¹¹ constatou escore de dor menor nas avaliações com 8 e 9 cm (respectivamente, 9,2 antes do tratamento *versus* 6,9 após e 9,8 antes do tratamento *versus* 7,3 após) $p < 0,001$; e o segundo estudo¹⁹ mostrou que o tratamento também foi efetivo nos dois momentos avaliados com 8 e 9 cm ($p < 0,001$), denotando redução da dor nessa etapa do TP.

Já a imersão em água foi avaliada em somente um ECR²¹ que fez uso do banho em piscinas de água morna durante o TP de 53 gestantes no GE, tendo o GC, em igual número, recebido o tratamento usual da unidade. Todas as participantes do GC utilizaram antiespasmódicos e analgésicos, porcentagem de apenas 3,8% no GE ($p < 0,001$). Na conclusão, os autores descreveram que a água provocou o relaxamento do corpo e a diminuição da dor entre as contrações nas parturientes submetidas a esse tratamento.

Foi incluído, ainda, um ensaio clínico²⁴ que avaliou a eficácia do banho de chuveiro na fase ativa. O estudo selecionou 34 gestantes que receberam a terapêutica do banho por 30 minutos, com temperatura da água de 37° a 39°, o que proporcionou um grau de 80 ± 20 mm antes e 55 ± 22 mm depois do tratamento ($p < 0,01$), havendo a redução da dor das pacientes com dilatação cervical de 4 a 5 cm.

CRIOTERAPIA

Foram avaliados os efeitos da crioterapia sobre a dor em um estudo de braço único¹³ com 21 parturientes na fase ativa e com dilatação cervical em 7 e 9 cm, ocasiões em que foram aplicadas compressas com gelo na região lombar por 20 minutos. As respostas de 85,71% das participantes estavam relacionadas à diminuição, ao alívio ou melhores condições de suportar a dor nessa etapa do TP durante as contrações.

ASSISTÊNCIA DE DOULAS

Trata-se de um artigo¹⁷ que descreveu a experiência de um grupo de 160 parturientes adolescentes com e sem o acompa-

nhamento de doulas. No GE, grupo das participantes que receberam a companhia dessa profissional somada às estratégias de conforto promovidas (visualização, massagem, técnica de respiração, entre outras), 85% das adolescentes citaram tais condutas como as mais importantes durante o TP. Quanto à percepção de dor durante o TP, mencionaram-se dor baixa (40% no GE e 18,8% no GC, este sem o acompanhamento de doulas) e dor forte (60% no GE e 81,2% no GC), $p < 0,001$.

DISCUSSÃO

A amostra selecionada identificou que os periódicos específicos de Obstetrícia não estão entre os que mais publicaram sobre o uso dos MNFs para o alívio da dor no TP. Em contrapartida, as revistas de Enfermagem se mostram mais expressivas em número e os profissionais enfermeiros também são a maioria dos que estudaram e/ou aplicaram esses métodos durante o TP. Tal constatação reforça o interesse da categoria em promover o uso de estratégias não invasivas na clínica obstétrica, com vistas a obter mais humanização nos atendimentos prestados.

Por humanização da assistência compreende-se, prioritariamente, o respeito ao tempo de cada mulher no processo de parturição, evitando intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecendo os aspectos culturais próprios da mulher.²⁵

Quanto ao local onde se desenvolveram esses estudos, a região Sudeste do Brasil evidencia-se como contribuidora em maior proporção, seguida pelas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste do país. Apenas quatro publicações incluídas não foram brasileiras e isso pode ter ocorrido devido à utilização do sistema *with full text* em uma base de dados com maior indexação de periódicos de nacionalidades distintas.

A amostra caracterizou oito dos estudos derivados de ECRs como bem delineados^{6,8,9,14,16,18,22} e classificados com nível de evidência dois; cinco foram ECRs bem delineados sem randomização^{10,11,17,19,20} com evidência três; e os demais^{7,12-14,23,24} apresentaram nível de evidência entre quatro e seis. Os resultados dos estudos com nível de evidência acima de dois não são considerados “evidência forte” pela prática baseada em evidências,⁵ pouco contribuindo, assim, para a construção de diretrizes clínicas.

As pesquisas sobre os MNFs selecionados por meio dos descritos, base de dados e questão norteadora nesta revisão integrativa resultaram em sete agrupamentos, concentrando em cada um os MNFs relacionados entre si, sendo estes: a EET; o exercício respiratório; a deambulação ou mudança de posição; a massagem; a hidroterapia; a crioterapia; e a assistência de doulas.

Dos quatro estudos em que a EET se verificou, em um dos ECRs⁶ as participantes receberam a EET durante 90 minutos e foram avaliadas a cada 30 minutos, de modo que era realizada a anestesia combinada quando o relato de dor da parturiente

atingia o índice 6 da EAV. Embora não tenha encontrado diferenças na pontuação do escore de dor neste estudo, o grupo que recebeu a EET retardou a aplicação da anestesia em relação ao GC. Em outra publicação⁸, a EET era interrompida quando a parturiente se encaminhava para o banho, a sala de parto para analgesia ou parto, era medicada com drogas analgésicas ou solicitava a retirada do tratamento, tendo a avaliação ocorrido com 10, 30 e 60 minutos do tratamento. Nesse estudo as participantes que receberam a EET real sentiram-se mais confortáveis e receberam medicamentos analgésicos em menor proporção quando comparado ao GC.

A redução da dor entre as participantes do GE em relação ao placebo ocorreu em dois momentos de avaliação em um ECR²² e se diferenciou de outro estudo⁶ com as participantes recrutadas quando estavam visivelmente desconfortáveis com a dor e/ou com EAV superior a seis pontos. Em ambos os estudos^{6,22} não houve, porém, o estabelecimento como parâmetro da dilatação cervical, admitindo gestantes no início do TP quando, em geral, as contrações podem estar em menor número e de fraca intensidade.

Três desses trabalhos^{6,8,22} aplicaram placas na região lombossacral para realizar a EET. Outro ECR¹⁶ utilizou dois pontos de acupuntura, o BP6 (*Sanyinjiao*), localizado no meridiano do baço-pâncreas, quatro dedos acima da ponta do maléolo interno, parte posterior à frente da tibia e o IG4 (*Hegu*), localizado no meridiano do intestino grosso, na depressão entre o primeiro e o segundo ossos metacarpais no seu lado radial. As participantes receberam o tratamento duas vezes por 30 minutos, com redução significativa da dor no GE, utilizando esses pontos.

O uso do exercício respiratório, tipo diafragmático, lento e profundo, e sua associação ao relaxamento muscular, foram características descritas em alguns estudos. Destes, um⁷ retratou que grande parte da sua amostra apresentou sensação de bem-estar físico e emocional, não havendo, porém, redução significativa em relação à dor com o uso da técnica combinada. Outra pesquisa⁹ descreveu, em seus resultados, não ter reduzido os escores de dor, embora tenham ocasionado ao grupo de tratamento reduzido comportamento de ansiedade.

Estudo de casos¹⁴ promoveu, por sua vez, seis encontros durante o pré-natal, com orientações do uso das técnicas de respiração e relaxamento muscular para o TP. E referiu que a abordagem utilizada previamente favoreceu a interação com a gestante, proporcionando-lhe segurança e tranquilidade durante o TP. Diferentemente de outros estudos, o ECR,¹⁵ que aplicou a técnica de exercício respiratório isolada, demonstrou em seus resultados a redução nos escores de dor da EAV no GE quando comparados às parturientes que não receberam esse acompanhamento.

Em geral, os autores demonstraram que a técnica de exercício respiratório proporcionou bem-estar físico e emocional

ou favoreceu a interação com a equipe de saúde, ainda que somente um estudo tenha constatado a redução da dor nas parturientes que praticaram esse MNF.

A mobilidade corporal, alternando a posição ora em pé, ora sentada ou articulando a região pélvica e o relaxamento do periné, foram estimuladas e orientadas às participantes do GE em outro estudo.¹⁰ Seus autores observaram que as mudanças de postura e a mobilidade do corpo resultaram em efeitos positivos como o aumento da tolerância à dor e a redução do uso de analgésicos e de anestésias no GE. Outra investigação²⁰ estimulou, por sua vez, o GE a manter-se a maior parte do tempo em posição vertical, deixando a parturiente “à vontade”, o que permitiu a observação de que o período de mais satisfação das mulheres em permanecer nessa posição dava-se no início da fase ativa.

Houve, ainda, um trabalho¹² que mensurou o percurso das participantes, somando a distância por meio de um podômetro. O acompanhamento ocorreu na fase ativa do TP até a dilatação cervical de 8 cm, verificando-se que os escores de dor aumentavam à medida que a dilatação cervical avançava e de acordo com maior trajeto percorrido. Há também que se considerar que a dor no TP é progressiva e, além disso, apenas o fato de não piorar já demonstra alguma eficácia do cuidado dispensado.

Quando a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação durante o TP, em outro estudo,²³ foi lembrada como um meio de proporcionar liberdade de “ir e vir” pela parturiente, tirando seu foco da dor provocada pelas contrações, obtiveram-se relatos receosos do nascimento do recém-nascido durante a posição vertical.

Tem sido revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a gestante e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o TP, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, o TP se torna mais curto, a dor é menor e oferece liberdade para a mulher nesse período.^{26,27}

A massagem lombossacral praticada em alguns serviços como estratégia de alívio da dor durante o TP, por ser uma prática de cuidado simples, pode ser delegada ao acompanhante de escolha da mulher. Dois estudos^{11,19} realizaram esse tratamento em parturientes com dilatação cervical a partir de 6 cm e os escores de dor, comparados antes e após a aplicação dos MNFs associados (massagem lombossacral, exercício respiratório e relaxamento muscular), demonstraram significativa redução nos relatos de dor. A associação da massagem lombossacral com o relaxamento muscular, proposta por um ECR,¹⁸ não orientou, porém, à técnica de respiração encontrada em outros estudos.^{11,19} O tratamento foi realizado em gestantes no início da fase ativa (4 cm de dilatação cervical), não tendo havido diferenças no GE quando comparados os escores de dor entre os outros grupos do estudo.

A eficácia da hidroterapia como recurso no conforto ou alívio da dor da parturiente foi avaliada na fase de transição do

TP, quando a dilatação cervical era ≥ 8 cm em dois estudos.^{11,19} Outro trabalho²⁴ avaliou o banho de chuveiro no início da fase ativa. Essas pesquisas^{11,19,24} apresentaram dados significativos na redução da dor, porém não houve grupo-controle nem randomização em suas amostras.

O estudo²¹ que propôs analisar o banho de imersão durante o TP e parto evidenciou menos relatos de dor, uso de medicamentos e intervenções médicas no GE quando comparado às participantes que não receberam esse tratamento. O banho de imersão em piscinas para gestantes no processo de parturição mostrou-se ser uma estratégia interessante, porém pouco praticada em instituições hospitalares, por falta de recursos estruturais. A hidroterapia é recomendada²⁸ quando a mulher está entre 5 e 6 cm de dilatação, para que não haja desaceleração do TP, devido ao efeito relaxante provocado pela água.

A crioterapia apresentou-se como uma alternativa distinta às outras nesta revisão para o alívio da dor no TP. Foi avaliada como um MNF¹³ nas etapas finais do TP, tendo a maioria das participantes ressaltado o aumento da tolerância à dor, permitindo a observação do baixo uso de soluções analgésicas e anestesia peridural, ainda que sejam necessários estudos mais aprofundados sobre a ação da crioterapia no organismo materno-fetal, inclusive ECRs bem delineados para avaliar sua eficácia durante o TP.

A companhia da doula às parturientes foi abordada em um estudo¹⁷ em que os autores entrevistaram as adolescentes no puerpério, quando coletaram respostas favoráveis a esse tipo de acompanhamento, percentuais mais baixos de dor no GE e ressaltaram o baixo custo dessa intervenção comparado aos recursos farmacológicos existentes. Essa profissional referiu-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto, suporte este que aborda aspectos emocionais como encorajar, tranquilizar, prestar orientações e estimular medidas de conforto por meio dos MNFs.^{28,29}

Revisão Cochrane³⁰ informou que o apoio contínuo durante o TP pode reduzir o uso de medicamentos para dor obstétrica, uma tendência a diminuir o tempo de TP e ao parto vaginal, aumentando a satisfação da mulher.

A mulher no TP passa por um momento único e específico de sua vida, com muitos dizeres e mitos sobre essa fase. Dois estudos com abordagem qualitativa se propuseram a ouvir as parturientes sobre suas experiências envolvendo o primeiro período do TP. Pesquisa³¹ citou o excesso de intervenções obstétricas como incômodo às parturientes, exacerbando o aumento da dor nesse período; outra³¹ registrou que os MNFs oferecidos pela equipe de saúde e o ambiente climatizado são medidas de conforto proporcionadas e lembradas pelas participantes entrevistadas.

O enfermeiro obstétrico ou o profissional que presta cuidados à gestante deve, então, se propor a ouvir as perspectivas desta

no processo de parturição, mantendo um ambiente calmo e tranquilo que favoreça a liberdade da mulher e viabilize o uso de MNFs no alívio da dor. Essas estratégias citadas foram importantes vias de conforto no TP na maioria dos estudos analisados e têm ajudado as mulheres a passarem pelo TP de forma menos traumática, frente às intervenções invasivas que provocam incômodos ou aumento da dor, como descrito nesta revisão integrativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram encontrados diferentes MNFs estudados e avaliados durante o TP para o alívio da dor. O uso da EET, por exemplo, deu-se no início da primeira fase do TP, aumentando a tolerância à dor; a deambulação e/ou a prática de manter a parturiente em postura vertical mostrou-se uma estratégia importante para o alívio da dor, embora tenha sido descrito que maiores são os escores de dor à medida que se dá a evolução da dilatação cervical.

Durante a fase ativa do TP, os usos associados da massagem lombossacral, exercício respiratório e relaxamento e/ou os usos da crioterapia, do banho de chuveiro e da imersão se mostraram MNFs eficazes. A técnica de exercício respiratório isolada foi significativa na redução da dor, mas citada somente em um estudo durante todo o TP.

O acompanhamento realizado pela doula demonstrou, como já abordado, a importância dessa profissional na assistência à parturiente, tanto no conforto físico como psicoemocional.

Como limitação da pesquisa, os métodos delineados e as abordagens encontradas não subsidiam a elaboração de uma metanálise. Outra limitação se fez devido a alguns estudos não identificarem a mensuração exata da dilatação cervical ou a intensidade das contrações durante a aplicação do MNF utilizado, o que impediu de indicar a melhor fase da sua utilização ou a sua eficácia.

Considera-se importante enfatizar e valorizar os dizeres da mulher no TP, visto que cada parturiente enfrenta essa fase de maneira e forma distintas. O uso dos MNFs tem crescido e novos estudos procuram melhores evidências para sua utilização como estratégia de alívio da dor. Novas pesquisas que envolvam ECRs e metanálises sobre os MNFs são necessárias para dar o suporte clínico do seu uso, bem como pesquisas que foquem a preferência das parturientes nessas estratégias, imprescindíveis para ampliar a humanização e a qualidade na assistência ao parto.

REFERÊNCIAS

1. Almeida NAM, Silveira NA, Bachion MM, Sousa JT. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor do parto. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(2):223-8.

2. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. chap. 6 Classification of practices in normal birth. Geneva: WHO; 1999.
3. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
4. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987; 10(1):1-11.
5. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. 1st ed. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2005. p. 3-24.
6. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da Eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(1):45-52.
7. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NA, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. *Rev Enferm UERJ*. 2004; 12(3):292-8.
8. Knobel R, Radunz V, Carraro TE. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. *Texto Contexto Enferm*. 2005; 14(2):229-36.
9. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização da técnica de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(1):52-8.
10. Bio E, Bittar E, Zugaib MR. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(11):671-9.
11. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho: Pré-testes de um instrumento. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(6):1150-6.
12. Mamede FV, Almeida AM, Souza L, Mamede MV. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(6):1157-62.
13. Nunes S, Vargens OMC. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(3):337-42.
14. Santos PAN, Silva SR. O trabalho do PSF no incentivo ao parto normal através do uso de um método psicossomático de alívio da dor: relato de caso. *REME - Rev Min Enferm*. 2007; 11(1):36-40.
15. Böing I, Sperandio FF, Santos GM. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *Femina*. 2007; 35(1):41-6.
16. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Pain*. 2007; 127:214-20.
17. Pugin PE, Kopplin IE, Larraín CC, Gallego JV, Aramayo RM, Ortiz CJ. Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes em trabajo de parto. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008; 73(4):250-6.
18. Kimber L, McNabb M, Mc Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *Eur J Pain*. 2008; 12:961-9.
19. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):438-45.
20. Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais SS, Makuch MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2009; 9(4):393-8.
21. Chaichian S, Akhlaghi A, Roustaf F, Safavi M. Experience of water birth delivery in Iran. *Arch Iranian Med*. 2009; 12(5):468-71.
22. Abreu EA, Santos JDM, Ventura PL. Efetividade da eletroestimulação nervosa transcutânea no alívio da dor durante o trabalho de parto: um ensaio clínico controlado. *Rev Dor*. 2010; 11(4):313-8.
23. Wei CY, Gualda DMR, Santos Jr HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4): 717-25.
24. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana SM, Marcolin AC. Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev Dor*. 2013; 14(2):111-3.
25. Moreira KAP, Araújo MAM, Fernandes AFC, Braga VAB, Marques JF, Queiroz MVO. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4):720-8.
26. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. Campinas (SP): Unicamp; 2000.
27. Bloom SL, McIntire D, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Marcy AG, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med*. 1998; 339 (2):76-9.
28. Macedo PO, Progiatti JM, Vargens OMC, Santos VLC, Silva CA. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. *Rev Enferm UERJ*. 2005; 13(3):306-12.
29. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1316-27.
30. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 18:CD003766.
31. Frello AT, Carraro TE. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(3):441-5.